Rok LII. Kraków, dnia 6 grudnia 1913 Nr 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału chorób wewnętrznych (I. B.) krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie »typhobacillosis« Landouzyego

napisał

Prymaryusz Dr A. Krokiewicz

(Dokończenie.)

Jak z przytoczonego protokółu oględzin pośmiertnych wynika, rozpoznanie kliniczne gruźliczego zapalenia opon mózgowych i sprawy gruźliczej rozsianej pośród miąższu płucnego i nerkowego nie zostało potwierdzone na stole sekcyjnym. A przecież rozpoznanie kliniczne nie mogło opiewać inaczej w danym przypadku wobec stwierdzenia we krwi krążącej i w płynie mózgowo-rdzeniowym licznych prątków kwasoodpornych, barwiących się metodą Ziehl-Neelsena, jak również wobec wykazania wziernikiem ocznym przekrwienia i nieznacznego pokręcenia żył na obu oczach, zwłaszcza na oku prawem. Oględziny pośmiertne wykazały cechy, właściwe zakażeniu ostremu ustroju, jak: ostry obrzęk śledziony, przekrwienie i ogniska zapalne w dolnych częściach płuc, zwyrodnienie narządów wewnętrznych obok zmian w jelitach, zwłaszcza w jelicie grubem, w postaci nalotów powierzchownych otrębiastych na błonie śluzowej. Ognisk gruźliczych nigdzie nie znaleziono pomimo dokładnego badania makroskopowego i mikroskopowego narządów.

Przebieg kliniczny był bardzo zbliżony do duru brzusznego. Chora uskarżała się przez cały czas pobytu w szpitalu na silny i uporczywy ból głowy i bezsenność, zrywała się w nocy i bredziła. Gorączka przez cały czas spostrzegania klinicznego była wysoka, dochodziła do 40° C i wyżej i okazywała tor atypowy, przyczem nieraz najwyższe jej nasilenie przypadało na południe lub rano, natomiast pod wieczór ciepłota ciała przeważnie była nieznacznie podniesiona lub prawidłowa. Od czasu do czasu suchy kaszel napadowy, później wilgotny z wydzieliną śluzoworopną; w płucach rozsiane zmiany ogniskowe, zwłaszcza w dolnych i tylnych częściach. Liczba oddechów na minutę wahała się od 26—46, przyczem niekiedy występowały znaczne zaburzenia w oddychaniu, a mianowicie nagły bezdech, połączony z zapadem, różny od objawu Cheyne-Stockesa, gdyż bez powierzchownych i płytkich oddechów z początku i przy końcu napadu. W plwocinach pomimo wielokrotnego badania nie stwierdzono nigdy prątków Kocha. Tętno zawsze drobne, regularne, miękkie, 120 na minutę; wymiary serca prawidłowe, tony głuche.

Brzuch miernie wzdęty, za uciskiem tkliwy; na skórze brzucha brak różyczki, a natomiast zauważono od czasu do czasu pojawianie się rumienia i skłonność do pokrzywek. Język jużto suchy, jużto wilgotny i obłożony. Stolec przeważnie zaparty, rzadko wolny, brunatno-zielony lub brunatno-żółty. Okolica wątroby tkliwa; śledziony — bolesna za uciskiem. Mocz zmian ważniejszych początkowo nie okazywał, później zawierał spory ślad białka. Odczyn dwuazowy Ehrlicha ujemny. Krew bez zmian; leukocytoza wynosiła 10.200. We krwi jak i w płynie mózgowo-rdzeniowym liczne prątki kwasoodporne, barwiące się metodą Ziehl-Neelsena. Badanie kilkakrotne co do odczynu Fickera dawało zawsze wynik zupełnie ujemny.

Wynik badania bakteryologicznego, dokonanego w Zakładzie mikrobiologii Uniw. Jagiel. przez asystenta Dra Gieszczykiewicza, był następujący:

»Badanie krwi i płynu mózgowordzeniowego chorej B... zostało przedsięwzięte w lutym. Posługiwano się w tym celu zarówno preparatami barwionymi, jak hodowlami i doświadczeniami na zwierzętach. Celem zbadania większej ilości krwi na preparatach zastosowano metodę Stäublego, względnie Schnittera, t. j. 1—2 cm³ krwi, zebranej do probówki, zawierającej 1% rozczyn cytrynianu sodowego (dla powstrzymania krzepnięcia), rozpuszczono zapomocą kwasu octowego i odwirowano. W osadzie pośród zachowanych ciałek białych znajdowały się liczne prątki kwasoodporne, ułożone w grupach po kilkanaście i więcej, rzadziej po kilka, a jeszcze rzadziej pojedynczo; barwiły się wyraźnie metodą Ziehl-Neelsena na czerwono. Grupy składały się przeważnie z prątków krótkich, jednolicie zabarwionych; tu i owdzie występowały prątki dłuższe, niektóre o budowie ziarnistej. Prątki te znajdowano również po rozpuszczeniu osadu antyforminą (według Schnittera).

W kilka dni później badano płyn mózgowo-rdzeniowy tej samej chorej i znaleziono w osadzie po odwirowaniu również prątki kwasoodporne, ułożone podobnie jak we krwi, z tą tylko różnicą, że można było napotkać znacznie więcej form długich.

Hodowle z krwi założono w ten sposób, że kilkanaście cm³ krwi, otrzymanej przez nakłucie żyły środkowej, rozdzielono bezpośrednio na kilka kolbek z wyjałowionym bulionem, mniej więcej w stosunku 3 cm³ krwi na 50 cm³ bulionu. Pożywki zaszczepione krwią były zrazu jałowe; po kilku tygodniach dostrzeżono w nich rozrzucone, nie-

zbyt liczne prątki kwasoodporne, podobne zupełnie do powyżej opisanych. W ciągu kilku tygodni ilość ich zwiększyła się nieco; jednak do otrzymania widocznej gołem okiem hodowli nie doszło. Usiłowania przeszczepienia hodowli na pożywki, używane do hodowania jadu gruźliczego (agar, ziemniak, surowicę płynną i zestaloną) mimo dodatku gliceryny — zawiodły.

Wykonane zostały również szczepienia na świnkach morskich, którym wstrzykiwano płyn mózgowordzeniowy tej chorej, uzyskany bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowem i bulion zasiany krwią, skoro stwierdzono w nim obecność owych prątków. Zużyto do tego celu 6 świnek morskich, jednak żadnych — pomimo spostrzegania kilkumiesięcznego, zmian gruźliczych nie dostrzeżono«.

Zastanawiając się bliżej nad całokształtem objawów klinicznych za życia i zmian anatomicznych na stole sekcyjnym, musimy przyjąć, iż w danym przypadku przyczynę chorobową i zejścia śmiertelnego należy odnieść do silnego zakażenia prątkami kwasoodpornymi, gdyż tylko jedynie te prątki kwasoodporne można było wyhodować ze krwi krążącej i z płynu mózgowo-rdzeniowego za życia; innych bakteryi chorobotwórczych ani krew krążąca, ani płyn mózgowordzeniowy nie zawierały. Prątki te kwasoodporne okazywały pewne odrębne właściwości i musiały się przedewszystkiem odznaczać niezwykłą jadowitością, wywołując zejście śmiertelne wśród zmian anatomicznych, właściwych dla posocznicy i zadziałać na ustrój, który odznaczał się wogóle małą odpornością. Tak obraz kliniczny, jak i anatomiczny, przypomina bardzo jedną z postaci zakażenia ostrego gruźliczego, opisaną przez Landouzyego, t. j. gdzie z powodu zakażenia jadem gruźliczym następuje zejście śmiertelne wśród objawów posocznicy bez cech anatomicznych, charakterystycznych dla gruźlicy; pewną odrębność stanowią tylko zmiany znaczniejsze w przewodzie pokarmowym, t. j. powierzchowna martwica na szczytach fałdów błony śluzowej dolnej części jelita grubego, jak również odmienne nieco zachowanie się biologiczne samych prątków.

Zapatrywania Landouzyego co do istnienia tyfobacylozy gruźliczej poparli doświadczalnie badacze francuscy Yersin w r. 1888, a następnie Gougerot w r. 1911. Doświadczenia Yersina na królikach stwierdzają jednak tylko jedną z tych postaci tyfobacylozy Landouzyego, kończącą się bardzo rychło śmiercią, gdzie oględziny pośmiertne wykazują albo zupełny brak zmian gruźliczych w narządach wewnętrznych, lub też tylko bardzo nieliczne ogniska gruźlicze. Króliki, którym zaszczepiono do żyły usznej większe lub mniejsze dawki hodowli gruźlicy ptasiej, padają w 12—27 dniach, średnio w 18 dniach, wśród objawów ostrego zakażenia, wychudnięcia, upadku sił i gorączki. Obraz kliniczny przypomina rzekomo dur brzuszny u człowieka. Przy sekcyi widoczne przekrwienie i zwyrodnienie narządów wewnętrznych, zazwyczaj bez obecności gruzełków, dostrzegalnych gołem okiem. Wogóle Yersin zaznacza, że niema wówczas żadnych widocznych objawów gruźlicy; znajduje tylko dużą śledzionę i powiększoną wątrobę. Typ Yersina, wywołany na króliku, stanowi odzwierciedlenie typu Landouzyego u człowieka.

Gougerot powtórzył doświadczenia Yersina pod kierunkiem Landouzyego. Wstrzykując małe, średnie i wielkie dawki hodowli gruźliczej, otrzymywał te same wyniki, nietylko ze szczepem ptasim, wyhodowanym przez Bineta, ale i ze szczepami gruźlicy ludzkiej, wyhodowanymi przez Arloinga, Courmonta, Bezançona i Philiberta. Gougerot natomiast wywołał wszystkie postacie tyfobacylozy Landouzyego, t. j. 1) postać złośliwą, ostro przebiegającą, śmiertelną, w której na sekcyi widoczne bardzo skąpe ogniska gruźlicze, 2) postać występującą w 2 okresach, gdzie najpierw pojawia się okres ostry durowaty (tyfoidalny), możliwy do wyleczenia, a następnie po pewnym czasie wśród objawów jużto znaczniejszego, jużto mniej znacznego polepszenia rozwija się gruźlica ostra lub przewlekła, 3) postać ostrą durowatą, zupełnie wyleczalną.

Zmiany w przebiegu tyfobacylozy u człowieka i królika są równorzędne, identyczne tak makroskopowo, jak i mikroskopowo; są one atypowe dla sprawy gruźliczej.

Co do naszego przypadku chorobowego odmienny nieco obraz anatomiczny powstał przez powikłanie z powierzchowną martwicą błony śluzowej jelita grubego. Przyczynę tego powikłania odnieść należy najprawdopodobniej do poprzedniego leczenia rtęcią; niekiedy bowiem po zastosowaniu wstrzykiwań podskórnych oleju szarego (Łukasiewicz, Klien) może w jelicie grubem nastąpić martwica błony śluzowej. Według badań Kliena ma naówczas ulegać martwicy nabłonek gruczołów Lieberkühna, a następnie dopiero pod wpływem współdziałania bakteryi jelitowych przychodzi do rozleglejszych nacieków i owrzodzeń w błonie śluzowej jelit. Owóż w przypadku naszym wskutek leczenia rtęcią najprawdopodobniej też najpierw wytworzyła się skłonność do martwicy komórek nabłonkowych w gruczołach Lieberkühna, a dopiero później wskutek silnego zadziałania toksycznego prątków kwasoodpornych wytworzyły się rozleglejsze zmiany powierzchownej martwicy w błonie śluzowej jelita grubego. W każdym razie proces dyfterytyczny był bardzo świeży i nieznacznego nasilenia i nie objawiał się żadnymi podejrzanymi przypadami za życia.

Prątki kwasoodporne, wyhodowane ze krwi i płynu mózgowordzeniowego, różniły się ze względu na własności biologiczne od prątków gruźlicy ludzkiej i ptasiej; odznaczały się jednak niezwykłą jadowitością. Tej też okoliczności należy przypisać tak gwałtowny i atypowy przebieg kliniczny i anatomiczny. W patologii stwierdzamy niejednokrotnie to zjawisko, n. p w przebiegu duru brzusznego, gdzie w razie wielkiej jadowitości prątków Eberth-Gaffkyego, zwłaszcza u dzieci, nie dochodzi do wytworzenia się zmian charakterystycznych w postaci nacieków i owrzodzeń w jelicie biodrowem i ślepem, lecz tylko do obrzęku kępek Peyera i grudek odosobnionych, jak to wykazują oględziny pośmiertne (Schottmüller).

Wogóle przypadek nasz dowodzi istnienia postaci złośliwej tyfobacylozy Landouzyego, t. j. posocznicy śmiertelnej bez zmian gruźliczych, wywołanej prątkami kwasoodpornymi. Odpowiedniejszą też nazwą dla tej postaci złośliwego zakażenia gruźliczego zdaniem naszem byłoby: »typhobacillosis tuberculosa septica« lub »septicaemia tuberculosa acutissima«.

Niemniej nie da się zaprzeczyć po bliższem rozpatrzeniu się, iż istnieją i inne postacie tyfobacylozy, opisane przez Landouzyego. Bardzo też jest prawdopodobnem, że pierwotnie występuje tylko bacillemia gruźlicza, a następ-

pnie dopiero wytwarzają się zmiany gruźlicze w poszczególnych narządach i następuje dalszy rozwój gruźlicy. Przemawiają za tem spostrzeżenia kliniczne przy łóżku chorego, jak i wyniki badań bakteryologicznych, dość licznych w ostatnich czasach, przedsięwziętych zarówno u osób, dotkniętych gruźlicą, jak i pozornie zdrowych. I tak: Kurasgihe, Liebermeister znajdowali dość często prątki kwasoodporne i we krwi u zdrowych. Lang badał krew w 23 przypadkach, i to w 13 gruźlicy, a w 10 u osób niegruźliczych i stwierdzał w niej przy zastosowaniu metody Stäubliego i Schnittera zawsze prątki kwasoodporne. F. Klemperer badał 39 przypadków i stwierdzał prątki kwasoodporne we kwi prawie u wszystkich chorych gruźliczych, podczas gdy nie było ich prawie bez wyjątku u osób zdrowych i niegruźliczych. Teiji, Kurasgihe w 155 przypadkach gruźlicy jużto o lżejszym, jużto o ciężkim przebiegu, spostrzegali zawsze prawie prątki kwasoodporne we krwi; nawet u pozornie zdrowych otrzymywali wynik dodatni w 59%. Według nich prątki gruźlicze jawią się we krwi o wiele wcześniej, niż dotąd utrzymywano, i to nie przejściowo, lecz stale, tak iż w pewnych warunkach należałoby uważać pierwotną bacillemię jako istotę schorzenia gruźliczego. Obecność prątków gruźliczych we krwi ma znaczenie rozpoznawcze, a nie co do rokowania. Backmeister we wszystkich przypadkach, i to w początkowych i daleko posuniętych okresach gruźlicy, zauważył we krwi prątki Kocha (posługując się metodą Stäubliego i Schnittera); dodatni wynik jednak na zwierzęciu osiągnął, skoro używał krwi dotkniętych ciężką postacią gruźlicy. Toż samo utrzymuje Scheible. Sturm stwierdził w 40—50% początkowej gruźlicy prątki kwasoodporne we krwi, Ranström zaś u 36 chorych gruźliczych tylko w 9 przypadkach i to w III okresie choroby. Wszyscy chorzy zmarli. Według Ranströma obecność prątków kwasoodpornych we krwi krążącej stanowi złe rokowanie. Hilgermann i Lossen znachodzili prątki kwasoodporne we krwi krążącej u suchotników w 25%, i to nietylko w daleko posuniętych, ale i we wczesnych okresach. U niektórych chorych następowało nawet polepszenie ogólnego stanu.

Na uwagę zasługują wyniki, podane przez Jessena i Lydyę Rabinowitsch. Autorowie 1) na 12 przypadkow gruźlicy w I okresie znaleźli 2 razy we krwi prątki gruźlicze i twory ziarenkowate (granula); 2) u 12 chorych w II okresie 2 razy tylko twory ziarenkowąte; 3) w III okresie u 12 chorych 5 razy prątki, a raz twory ziarenkowate. Obecność prątków gruźliczych we krwi krążącej ma według nich znaczenie rozpoznawcze dla sprawy gruźliczej wówczas, gdy niema objawów ze strony płuc.

Natomiast Verbizier wbrew powyższym spostrzeżeniom nie zdołał we krwi krążącej u 15 chorych gruźliczych wykazać prątków kwasoodpornych. Według Fränkla stwierdzenie we krwi krążącej prątków Kocha nie jest wystarczające. Na 25 przypadków, w których dokonano 42 szczepień na zwierzętach, uzyskano dwa razy wynik dodatni (Berl. klin. Woch. 1913 Nr 17).

Kahn zwraca uwagę, że na preparatach z krwi chorych lub podejrzanych co do gruźlicy mogą się znajdować twory, które są bardzo podobne do prątków gruźliczych, a jednak niemi nie są, zwłaszcza przy użyciu metody Schnittera-Stäubliego. Mianowicie Kahn niejednokrotnie stwierdził, iż naówczas oprócz prątków gruźliczych rzeczywistych, spotkać można resztki otoczek krwinek czerwonych lub strzępków włóknika, które pod działaniem 3% kwasu octowego i rozczynu antyforminy mogą przybrać postać i własności, zbliżone do prątków kwasoodpornych, a tem samem naśladować w zupełności prątki gruźlicze. Dlatego też Kahn radzi dla uzyskania właściwego rozpoznania przeszczepiać krew na zwierzęta. Göbel znajdował w krążącej krwi gruźliczych i klinicznie zdrowych ludzi obfite prątki, barwiące się metodą Grama i Mucha. Toż samo we krwi psów, świnek morskich, myszy, szczurów. Brandes i Mann w 40 przypadkach chirurgicznej gruźlicy stwierdzili 18 razy we krwi krążącej prątki gruźlicze, i to zawsze w przebiegu gruźlicy nerek i pęcherza, a w połowie w przypadkach gruźlicy stawów.

Piśmiennictwo. 1) H. Gougerot: Reproduction expérimentale de la typhobacillose de Landouzy. Révue de med. 1908.— 2) Gougerot: Classification des bacillo-tuberculoses aigues 1) Tuberculoses aigues de Laennec, 2) Granulies d'Empis, 3) Septicémies non folliculaires. Typhobacillose Landouzy. Révue de méd. 1912, Nr 32. — 3) Łukasiewicz: Vergiftung bei der subcutanen Anwendung von Oleum cinereum. Wien. med. Woch. 1889, Nr 20. — 4) Klien: Deutsche med. Woch. 1893, Nr 31.— 5) Kurasgihe i Liebermeister: Zentralbl. f. d. ges. Med. II. s. 147 i 532. — 6) Klemperer: Über Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Therapie der Gegenw. 1912. — 7) Backmeister: Uber Tuberkelbacillen im Blute. Berl. klin. Woch. 1912, Nr 53. — 8) Rumpf: Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blutstrom. Münch. med. Woch. 1912. Nr 36. — 9) Ranström: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1912, Nr 33. — 10) Sturm: Tuberkelbacillen im Blute von Tuberkulösen. Beitr. zur Klin. der Tuberk. Bd. 21. H. 2. — 11) Kurasgihe, Mayeyama, Yamada: Über das Vorkommen des Tuberkelbacillus im strömenden Blute der Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tub. Bd. 18. H. 5.— 12) Teiji, Kurasgihe: Über das Vorkommen des Tuberkelbacillus im strömenden Blute des Tuberkulösen. Zeitschr. f. Tub. Bd. 17. H. 4. — 13) Hilgermann i J. Lossen: Über den Nachweis von Tuberkelbacillen im Blute bei Lungentuberkulose und seine prognostische Bedeutung. Deutsche med. Woch. 1912, Nr 19. — 14) Jessen i Lydia Rabinowitsch: Über das Vorkommen von Tuberkelbacillen im kreisenden Blute und die praktische Bedeutung dieser Erscheinung. Deutsche med. Woch. 1910, Nr 24.— 15) Fränkel: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 16. — 16) Lang: Über das Vorkommen säurefester Stäbchen im Blute. Centralbl. f. inn. Med. 1913, Nr 17. — 17) A. Verbizier: Neue Untersuchungen über das Vorhandensein des Koch'schen Bacillus im strömenden Blut der Tuberkulösen. Révue de med. 1913, Nr 3. Berl. kl. Woch. 1913, Nr 16. — 18) Kessler: Tuberkelbacillennachweis im Blut. Münch. med. Woch. 1913. Nr 7. — 19) E. Kahn: Zum Nachweis der Tuberkelbacillen im strömenden Blut. Münch. med. Woch. 1913, Nr 7. — 20) Göbel: Zum Vorkommen von Tuberkelbacillen im strömenden Blut. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 24. — 21) Brandes i Mann: Tuberkelbacillen im strömenden Blute bei chirurgischen Tuberkulosen. Deutsche med. Woch 1913, Nr 24.— 22) Fränkel: Tuberkelbacillen im strömenden Blute. Deutsche med. Woch. 1913, Nr 16.

Wegetaryanizm i jego zastosowanie w lecznictwie.

Podał

Dr Zygmunt Wachtel

asystent kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

(Dokończenie).

Wiadomo, że w lecznictwie nie zawsze rozstrzyga naukowe uzasadnienie jakiegoś środka lekarskiego lub dyety,

ale niejednokrotnie doświadczenie praktyczne przy łożu chorego. Często spotykamy się ze środkami leczniczymi, których stosowanie w pewnych chorobach nie ma żadnego uzasadnienia naukowego, a które mimo to na pewne stany chorobowe dobrze działają. Przytoczę tutaj jako przykład tylko piperazynę, której zastosowanie nie ma żadnego wytłómaczenia naukowego, gdyż nie stwierdzono ściśle, by piperazyna w jakikolwiek sposób wpływała korzystnie na wydzielanie kwasu moczowego z ustroju w skazie moczanowej. Ortner wprost przeczy, by piperazyna działała w tej chorobie. A jednak lekarze zmuszeni są często stosować piperazynę w dnie, gdyż chorzy bardzo sobie chwalą jej działanie, a zdanie chorego w tym przypadku ma wielkie znaczenie. Prócz piperazyny są jeszcze inne takie środki lekarskie, często używane, jak sanatogen, roborin, perdynamin, hematogen i t. d., które według reklamy mają mieć swoiste działanie w osłabieniach ogólnych, połączonych z niedokrwistością, a to w ten sposób, że sprowadzają szybką i energiczną odnowę krwi. Jeżeli bliżej przypatrzymy się składnikom tych przetworów, to przekonywamy się, że ich składniki nie mogą mieć wpływu na odnowę krwi. I tak np. hematogen składa się z krwi wołu, zmieszanej z gliceryną i winem. Według zasad nauki powinno być wprost zabronione podawanie takiej mieszaniny, gdyż nie można tego zrozumieć, jakie znaczenie może mieć w lecznictwie krew z wołu, która ulega poza ustrojem przemianie wstecznej, a dodatek gliceryny (20—30%) i wina (10%) chyba niewiele może się przyczynić do odnowy krwi; nie można też o tem zapominać, że krew z wołu zawiera bardzo wiele istot wyciągowych (jak kreatyna, kreatynina, mocznik i inne), które jako wytwory wstecznej przemiany nie mogą korzystnie wpływać na ustrój ludzki.

Dyeta wegetaryańska może w lecznictwie oddać bardzo cenne usługi już z tego powodu, że chory, który przeważnie nie pracuje, nie potrzebuje tyle kaloryi dziennie w pokarmach, by utrzymać się w równowadze azotowej, co człowiek zdrowy. Choremu zwykle wystarcza już $^1/_3$ kaloryi, zwłaszcza w niektórych stanach chorobowych, w których jest wprost wskazane obniżenie liczby kaloryi, a co łatwo można osiągnąć przez dyetę wegetaryańską.

Dyeta wegetaryańska dla chorych składa się z jarzyn, owoców i ziarn, które podajemy zwykle w odpowiedni sposób przegotowane i przygotowane, a w niektórych przypadkach podajemy je ze skutkiem w stanie surowym. O ile z jednej strony przez podanie przegotowanych potraw wegetaryańskich chronimy przewód pokarmowy przed nadmiernem napełnieniem surowemi jarzynami i owocami (przegotowane łatwiej ulegają wessaniu), o tyle z drugiej strony u osób, u których chodzi o to, by do ustroju wprowadzić mniejszą ilość białka, przydatne są surowe owoce i jarzyny. Dyety roślinnej nie powinno się podawać przez czas dłuższy (3—6 tygodni); jeżelibyśmy w ciągu tego czasu zauważyli u chorego upadek sił i znaczniejszy spadek na wadze, jakoteż objawy ze strony układu nerwowego, należy zaraz wrócić do dyety mieszanej.

Leczenie dyetą wegetaryańską odbywa się zwykle w osobnych, do tego celu urządzonych lecznicach. Do tych zakładów leczniczych udają się zwykle chorzy z cierpieniami czynnościowemi bez zmian chorobowych w narządach wewnętrznych, dalej otyli, chorzy na przewlekły nieżyt żołądka i jelit lub przewlekłe cierpienia nerkowe, wreszcie chorzy z mierną ogólną miażdżycą lub z tak zwanym »kwasem moczowym«. Użyłem tego wyrazu, gdyż obecnie coraz częściej spotyka się ludzi, którzy mają mieć dolegliwości na tle nieprawidłowego wydzielania się kwasu moczowego. Z cierpieniami »na tle kwasu moczowego« dochodzi się teraz do absurdum; często u takiego chorego który z powodu jakichś nieokreślonych bólów udaje się o poradę, lekarze z jednorazowego rozbioru moczu rozpoznają skazę moczanową, nie bacząc na to, że większa ilość kwasu moczowego może być przypadkowa i że dopiero kilkakrotne ilościowe oznaczenie kwasu moczowego przy dyecie mieszanej i roślinnej może służyć jako podstawa w rozpoznawaniu skazy moczanowej. U tych chorych możemy prawie zawsze zauważyć dobre wyniki leczenia w takich zakładach, gdyż są to zwykle mieszkańcy wielkich miast, którzy przeważnie żyją bez ruchu fizycznego i przejadają się mięsem. Nic dziwnego, że kilka tygodni pobytu na świeżem powietrzu przy całodziennym ruchu i bez trosk, bardzo dobrze i uspokajająco działa na ustrój takich chorych, i bezsprzecznie korzystniej wysłać takiego chorego do zakładu wegetaryańskiego, aniżeli do miejsca kąpielowego. Szkoda tylko, że u nas w kraju tak mało popiera się te zakłady (Kosów, Ojców) i że mało mamy takich lecznic, wskutek czego chorzy zwykle wyjeżdżają do takich zakładów za granicę.

W jaki sposób dyeta wegetaryańska działa u osób nerwowo chorych, na to niema na razie dokładnego wytłómaczenia naukowego. Niektórzy (n. p. Biernacki) uważają neurastenię jako objaw nieprawidłowej przemiany materyi. Właściwie nie znamy dokładnie całego chemizmu, jaki się odbywa w naszym ustroju podczas przemiany materyi; znamy tylko końcowe jego wytwory rozpadowe, t. j. kwas moczowy i jego pochodne, a o pośrednich wytworach, które podczas przemiany materyi w naszym ustroju się uwalniają i mają mieć działanie trujące, mało wiemy. Może więc dyeta wegetaryańska ma tę własność, że wiąże znów te pośrednie wytwory trujące i w ten sposób działa leczniczo. Są to jednak wszystko na razie teorye, bez ścisłego uzasadnienia naukowego.

Amoniak jest również jednym z takich wytworów rozpadowych, który ma zobojętniać kwasy, tworzące się w ustroju. Według Waltera, u ludzi jedzących mięso wytwarza się więcej amoniaku, mocz bowiem mięsożernych stale zawiera pewną jego ilość. Przy podaniu kwasu zwiększa się u mięsożernych ilość amoniaku. Doświadczalnie stwierdzono, że zwierzęta roślinożerne nawet przy podaniu wielkiej ilości kwasu nie wytwarzają amoniaku, dlatego też ustrój zwierząt roślinożernych jest mniej odporny na kwasy, które łączą się z zasadami krwi i zwierzęta te przy zatruciu kwasami łatwiej giną. W ten sposób możnaby sobie też wytłómaczyć mniejszą odporność na wszelkie choroby u Hindusów, którzy są czystymi wegetaryanami i o wiele łatwiej ulegają chorobom, niż inni mieszkańcy Indyi, spożywający pokarm mieszany. Podobne zresztą doświadczenia, przeprowadzone u ludzi przez Corandę i Hallervordena udowodniły, że amoniak, który stale znajduje się w ustroju u ludzi jedzących mięso, jest niejako obroną ustroju przeciw kwasom, które się wytwarzają z pokarmów lub w nieprawidłowych warunkach z białka ustrojowego

Wytwarzanie amoniaku chroni więc ustrój od odciągania zasad z krwi i innych tkanek, ponieważ amoniak łączy się z kwasami w ustroju.

Teoryę Waltera zmienili nieco później Biernacki i Limbek, którzy starali się udowodnić, że przy dowozie kwasów, które się nie spalają w ustroju, zasady tkanek zostają nieco uszkodzone. Ze zdaniem, że amoniak jest neutralizatorem dla kwasów, nie zgadzają się Beckman i Stadelman, którzy doświadczalnie udowodnili, że nawet przy stałem i obfitem podawaniu zasad zawsze wydziela się amoniak w moczu, a więc, że nie ma on nic wspólnego z łączeniem się z kwasami.

Dyetę wegetaryańską polecają obecnie z dobrym skutkiem w chorobach żołądka, zwłaszcza w nerwicach, połączonych często z nadmierną kwaśnością soku żołądkowego, która po tej dyecie ma się zmniejszać. Znane jest również korzystne działanie dyety wegetaryańskiej w niedowładzie jelit, połączonym z uporczywem zaparciem stolca. Działanie tej dyety w tych stanach tłómaczą w ten sposób, że większa ilość węglowodanów, wprowadzona do przewodu pokarmomowego, ulega fermentacyi, która pobudza ruchy robaczkowe jelit i wywołuje szybko stolec. Polecają też dyetę wegetaryańską w nerwobólach głównie na tle skazy moczanowej, jakoteż i u chorych na wiąd rdzenia. Wytłómaczenie, w jaki sposób w tych chorobach działa ta dyeta, jest trudne, zwłaszcza, że nie znamy dokładnie przyczyny tych nerwobólów. Z klinicystów polecali dyetę wegetaryańską w tych przypadkach głównie Haig i Hoffman. Rumpf poleca dyetę roślinną w nerwicach serca i w dusznicy nerwowej z dobrym skutkiem. Niektórzy mieli dobre wyniki lecznicze w migrenie i w padaczce. Najczęściej jednakże bywa obecnie stosowana dyeta wegetaryańska w chorobach przemiany materyi, a więc w skazie moczanowej, otyłości i cukrzycy.

W skazie moczanowej oddawna polecano jarską dyetę, jako taką, która nie przyczynia się do zwiększenia ilości kwasu moczowego w ustroju, ponieważ nie zawiera ciał purynowych. Obecnie zapatrywanie w tym kierunku nieco się zmieniło. Wiadomo obecnie, że komórka roślinna budową swą nie różni się od komórki zwierzęcej; i jedna i druga składa się z protoplazmy i z jądra, a jądro komórkowe roślin zawiera również nukleoproteidy i kwas nukleinowy, z których podczas hydrolizy powstają ciała purynowe taksamo, jak w komórce zwierzęcej. Dalej przekonano się obecnie, że podczas przemiany materyi w roślinach nietylko tworzą się związki purynowe, ale i tu odbywa się proces spalania, podobnie jak w ustroju zwierzęcym. Wprawdzie dotychczas nie znaleziono jeszcze kwasu moczowego jako ostatecznego wytworu spalenia ciał purynowych w roślinach, ale znaleziono alantoinę. W wielu roślinach, jak n. p. w kawie, herbacie, grochu, znajduje się bardzo wiele ciał purynowych.

Jeżeli się obecnie zastanowimy, jaki związek zachodzi między ciałami purynowemi a skazą moczanową, to dojdziemy do wniosku, że u ludzi dotkniętych tą skazą znajdujemy złogi kwasu moczowego w różnych tkankach, jakoteż większą ilość kwasu moczowego we krwi i że ilość kwasu moczowego we krwi można zwiększyć przez podanie pewnych potraw, które zawierają wiele ciał purynowych, n. p. wątroba, grasica i t. p. Czy jednak właśnie sam zwiększony kwas moczowy w tkankach, szczególniej zaś w krwi, jest tym szkodnikiem w ustroju, na to nie mamy dotychczas pewnych dowodów. Znane są bowiem stany chorobowe z bardzo wielką ilością kwasu moczowego we krwi i moczu, jednakowoż bez żadnych takich zmian chorobowych, któreby się wyjaśniały zwyżką kwasu moczowego. Można to zauważyć przedewszystkiem w białaczce, gdzie z powodu zwiększonego rozpadu ciałek białych znajdujemy stałe zwiększenie kwasu moczowego, bez widocznego szkodliwego działania. Wprawdzie opisano przypadki, w których spostrzegano równocześnie lub w jakiś czas po wystąpieniu białaczki takie dolegliwości, jakie zwykle spotykamy w skazie moczanowej, ale z tych kilku przypadków nie można nic stanowczego w tym kierunku wnosić.

Aby mieć jaśniejszy pogląd na to, w jaki sposób działa dyeta wegetaryańska na wydzielanie się kwasu moczowego w ustroju, chciałbym pokrótce wspomnieć o przemianie kwasu moczowego w ustroju. Według doświadczeń Buriana, Schura i Sivena rozróżniamy w ustroju dwojakiego rodzaju kwas moczowy, i tak: Kwas moczowy, który powstaje po spożyciu pokarmów mięsnych i niektórych roślinnych; ilość jego może się zwiększyć lub zmniejszyć, co zależy od ilości ciał purynowych, jakie do ustroju z pokarmami wprowadzamy. Prócz tego znajdujemy zawsze w ustroju w tkankach i we krwi kwas moczowy, który powstaje zupełnie niezależnie od pokarmów i jest wytworem rozpadu białka podczas przemiany materyi, jaka się odbywa w żywej komórce ustrojowej. Można się o tem doświadczalnie przekonać w ten sposób, że podaje się badanemu przez pewien czas pokarmy, o ile możności nie zawierające ciał purynowych, a mimo to znajdujemy w moczu i we krwi pewną ilość kwasu moczowego.

Brugsch i Schittenhelm oznaczyli ilościowo ten kwas moczowy u ludzi ze skazą moczanową, których najpierw żywili dyetą, nie zawierającą ciał purynowych, a następnie podawali im pokarmy o wielkiej zawartości ciał purynowych. Na podstawie swoich badań doszli Brugsch i Schittenhelm do następujących wyników: Po dyecie, nie zawierającej ciał purynowych, znajdowali zawsze pewną ilość kwasu moczowego na dobę; ilość jego wynosiła 0·3 do 0·6 gr. Podawali później tym samym chorym pokarmy, które zawierały pewną ilość ciał purynowych i przekonali się, że kwas moczowy z pokarmów u ludzi dotkniętych skazą moczanową nie wydziela się z ustroju po 24, ewentualnie po 48 godzinach, jak to zwykle bywa u ludzi zdrowych, ale wydzielanie to trwa jeszcze 5 dni. Z tego widać, że skaza moczanowa polega na błędzie w wydzielaniu się kwasu moczowego z ustroju i że z jakiegoś powodu zostaje tu kwas moczowy w ustroju zatrzymany. Doświadczenia nowsze dowiodły, że przy skazie moczanowej powstają łącznotkankowe zmiany w nerkach, które wpływają na zwolnione wydzielanie się kwasu moczowego z ustroju. Z tego widzimy, że w ustroju może być bardzo dużo kwasu moczowego, a mimo to niema objawów skazy moczanowej skoro ustrój potrafi tę zwiększoną ilość kwasu moczowego wydalić na zewnątrz. Z tego powodu nie możemy uważać dyety mięsnej za jedną z najważniejszych przyczyn, wywołujących skazę moczanową. Ostatnie prace Smetanki również dowodzą, że nawet po spożyciu pokarmów, zupełnie nie zawierających ciał purynowych, następuje zwiększone

wydzielanie kwasu moczowego z ustroju. Doświadczenia Smetanki potwierdzają teoryę Maresa, że kwas moczowy (prócz tego, który nie dostaje się do ustroju z pokarmami). zawsze w ustroju znajdujemy i że jest on wytworem rozpadowym przemiany materyi, jaka się odbywa w każdej żywej komórce. Ta przemiana materyi odbywa się zupełnie niezależnie od pokarmów, jakie pobieramy. Muszę w końcu nadmienić, że mimo to z praktyki jest wiadomo, iż ludzie ze skazą moczanową na dyecie o ile możności bezpurynowej czują się często bardzo dobrze i po takiem kilkotygodniowem leczeniu nie mają czasem przez kilka miesięcy żadnych dolegliwości, a lekarz praktyczny, czytający prace ostatnich lat w tym kierunku, znajduje się jakby w labiryncie i nie wie, czego się ma trzymać. Możnaby skuteczność jarskiej dyety w skazie moczanowej wytłómaczyć jeszcze w ten sposób, że podczas dyety jarskiej wytwarza się w ustroju mniej kwasu moczowego, ponieważ jest mniejsza leukozytoza trawienna, czego następstwem jest mniejszy rozpad ciałek białych, z których się potem tworzy ksantyna i pochodne od niej ciała chemiczne.

Bardzo często stosuje się obecnie z dobrym skutkiem dyetę wegetaryańską w otyłości. Działanie tej dyety można tu w ten sposób wytłómaczyć, że w otyłości wogóle można zmniejszyć ilość kaloryi, zawartych w pokarmach, a w szczególności można zmniejszyć ilość białka, co można najłatwiej sprawić przez odżywianie chorego dyetą roślinną.

Chorzy ci, którzy zwykle przyzwyczajeni są do obfitych dań, mają po potrawach wegetaryańskich uczucie sytości, gdyż co do ilości spożywają znacznie więcej, niż przy dyecie mieszanej, ale pożywienie ich daje mniej kaloryi i z tego powodu chorzy tacy tracą na wadze. Należy jednak uważać na to, by chorzy tacy nie odżywiali się takiemi potrawami roślinnemi, które zawierają dużo białka i tłuszczu, jak n. p. groch i t. p.; powinni oni jadać owoce surowe i jarzyny.

Podaje się też dyetę jarską w cukrzycy i tu należy podawać głównie takie potrawy, które nie zawierają dużo cukru, a więc również jarzyny, owoce i grzyby.

Bouchardat pozwalał chorym na cukrzycę jadać wszystkie jarzyny i owoce strączkowe, twierdząc, że przypisywanie niektórym owocom szkodliwości z powodu nadmiernej ilości węglowodanów jest przesadą, gdyż w tych owocach znajduje się głównie inosyna, inosyt i mannit, które dla chorego takiego są zupełnie obojętne, a przez gotowanie jarzyn i owoców ilość zawartych w nich węglowodanów znacznie się zmniejsza. Bouchardat dodawał zwykle do tej dyety wiele oliwy i tłuszczu, by zwiększyć jej wartość kaloryczną. Podobnie, jak Bouchardat, polecają w cukromoczu Hoffmann i Rumpf dyetę jarską ze skutkiem dobrym, a Noorden w swej książce o cukrzycy poleca od czasu do czasu dnie jarzynowe, które mają działać w ten sposób, że ustrój, przepełniony cukrem, niejako oczyszczają. Według Kolischa dyeta jarska dlatego działa skutecznie w cukrzycy, ponieważ wogóle nadmierne odżywianie takich chorych istotami białkowatemi jest szkodliwe, pobudzając ustrój do większego wydzielania cukru; jarska zaś dyeta jest właśnie taką, w której niewielka ilość białka dostaje się do ustroju, a reszta niezmieniona wydziela się w kale. Należy jednak dyetę, podaną przez Kolischa, stosować bardzo ostrożnie, gdyż zawodzi ona często, zwłaszcza u chorych licho odżywionych, gdzie z powodu niedostatecznej ilości kaloryi przy jarskiej dyecie następuje jeszcze znaczniejsza utrata wagi, która może być dla chorego nawet bardzo groźną.

Ziemssen i Rumpf polecają też jarską dyetę w chorobie Basedowa, twierdząc, że działa ona dobrze na układ nerwowy i uspokaja czynność serca, zwykle w tej chorobie wzmożoną.

Stroh w Chicago opisuje przypadek obrzęku śluzowatego, wyleczony dyetą wegetaryańską.

Niektórzy polecają jarską dyetę w niedokrwistości a działanie jej tłómaczą tu w ten sposób, że sole żelaza, zawarte w niektórych roślinach w znacznej ilości, łatwiej ulegają wessaniu, aniżeli wszystkie sztuczne przetwory żelaziste.

Znane jest też skuteczne działanie dyety jarskiej w chorobach nerek; z powodu mniejszej zawartości istot białkowatych nie wpływa drażniąco na tkanki nerkowe.

Wreszcie niektóre choroby skórne leczy się dyetą jarską, szczególnie pewne postacie wyprysku, świerzbiączki, łuszczycę, pokrzywkę i czyraczność.

Przeciwwskazaniem dyety jarskiej są wszystkie ciężkie schorzenia organiczne i ogólna miażdżyca. Według teoretycznego tłómaczenia nie powinno się podawać osobom, dotkniętym ogólną miażdżycą, potraw, które zawierają wielką ilość soli wapniowych (szpinak, kalafiory i owoce strączkowe). U osób, które cierpią na kamicę nerkową, nie powinno się podawać jarzyn, które zawierają dużo soli szczawiowych, wreszcie u osób z fosfaturyą należy ograniczyć podawanie jarzyn i owoców.

O dziedziczności chorób usznych.

Z wykładu, przeznaczonego na XVIIJ Zjazd międzynarodowy lekarski w Londynie w sierpniu 1913 r.

Podał

Dr R. Spira.

Dziedziczność odgrywa w chorobach usznych stanowczo większą rolę przyczynową, niż jej dotychczas w ogólności przyznają. Pominąwszy te choroby uszne, w których dziedziczność stanowi pierwszorzędny czynnik etyologiczny i jako taki ogólny jest uznany, a więc takie choroby, jak otoskleroza, postępowa głuchota nerwowa i głuchoniemota, można dość często spostrzegać, że u rodziców dzieci chorych na uszy istnieją równocześnie lub istniały dawniej również różne sprawy chorobowe w uchu. Dalej można stwierdzić, że w pewnych rodzinach choroby uszne uderzająco częściej występują, niż w innych.

Poczęści zjawisko to daje się łatwo wytłomaczyć, o ile tyczy się chorób, powstających na podstawie konstytucyonalnej. Tu należą choroby ucha środkowego i trąbki na tle spraw nieżytowych górnych dróg oddechowych, w sprawach przerostowych błony śluzowej nosa, migdałków i t. p. Wszak wiadomo, że zmiany te przeważnie polegają na skazie limfatycznej, zołzowej, kiłowej, krzywiczej i t. p. i że te stany często przenoszą się z rodziców na dzieci i dotykają nieraz całe rodziny.

Ale także co do innych chorób uderza przy dosta-

tecznej uwadze, jak często spotyka się je u dzieci, których rodzice przebyli różne choroby uszne. Przytem choroby dzieci i rodziców, względnie rodzeństwa, niekoniecznie są tego samego rodzaju. Jeżeli w każdym przypadku zwrócimy na to uwagę, to znajdziemy często u dzieci np. chorobę ucha środkowego, a u rodziców chorobę ucha zewnętrznego lub wewnętrznego albo odwrotnie. Kiedyindziej znów zdarza się rodzinna skłonność do nagromadzenia woskowiny w uchu lub do zapalenia ucha zewnętrznego. Można także przekonać się, że w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak np. zapalenie ślinianek przyusznych, płonica i t. p. powikłania ze strony ucha wogóle częściej występują u takich dzieci, których rodzice przebywali jakieś choroby uszne, niż u takich, których rodzice nigdy na uszy nie cierpieli.

Chodzi tu zatem nie o pewną chorobę, lecz wogóle o chorobę pewnego narządu w różnych pokoleniach, względnie u różnych członków tej samej rodziny, tak, że musimy tu przypuścić pewną skłonność nie do tej lub owej choroby, lecz do chorób narządu słuchowego w ogólności. Taka miejscowa dziedziczna skłonność do tych chorób, wywołująca częstsze zapadanie na uszy u dzieci, których rodzice również na uszy cierpieli, może leżeć prócz wymienionych już spraw konstytucyonalnych, skłonności do nieżytów i t. d. tylko w odziedziczonej mniejszej odporności miejscowej, organicznej lub czynnościowej, która sprawia, że ucho jest wrażliwsze na różne czynniki szkodliwe, działające od zewnątrz i od wewnątrz, w następstwie czego ucho tak usposobione przy najlżejszej sposobności łatwiej zapada na różne choroby, niż inne.

Taka zmniejszona odporność miejscowa może polegać bądź to na odziedziczonych miejscowych zboczeniach anatomicznych, bądź też na miejscowych zaburzeniach odżywiania lub krążenia. Nie można też wyłączyć, czy nie zachodzą tu także jakieś odziedziczone, bliżej nieznane usposobienia lub skazy ogólne na tle gośćcowem, neuropatycznem lub trofoneurotycznem.

Już dawno stwierdzono częste występowanie chorób ucha środkowego w różnych pokoleniach tej samej rodziny i szukano przyczyny tego w osobliwej dziedzicznej budowie anatomicznej tego narządu. I tak Tröltsch podnosi zboczenia w budowie anatomicznej, jak mniejsze rozmiary jamy bębenkowej, ciasność trąbki, jamy nosowogardłowej i okienek błędnikowych, jako prawdopodobną przyczynę dziedziczności chorób ucha środkowego. W podobny sposób Wendt przypisuje pod tym względem wielkie znaczenie zbyt małej odległości stropu jamy bębenkowej od główki młotka i trzonka kowadełka, sądząc, że słaby rozwój jamy bębenkowej sprzyja powstawaniu nieprawidłowych zrostów, względnie utrudnia samodzielne wyleczenie się jej chorób. Zdaniem Zaufala, kąt pochylenia między brzegiem okienka okrągłego, a dnem jamy bębenkowej odgrywa tu ważną rolę. Moos sądzi, że obecność wrodzonych licznych nitek i więzadeł, łączących ramiona strzemiączka ze ścianami zagłębienia okienka owalnego, przyczynia się znacznie do powstania spraw zrostowych w miedniczce owalnej w nieżytowych i zapalnych sprawach ucha środkowego. Weber-Liel zwraca uwagę na dziedziczny słaby rozwój mięśni lewej połowy ciała, przyczem wrodzona wątłość mięśnia naprężacza podniebienia miękkiego daje powód do chorób usznych.

Wszystkie wymienione prace uwzględniają dziedziczność chorób małej ograniczonej części narządu słuchowego lub pewnych cierpień usznych. Natomiast bardzo rzadko, nieomal wyjątkowo, znajdujemy w piśmiennictwie uwzględnienie zagadnienia dziedziczności chorób usznych w ogólności i próby jej wytłómaczenia.

Eitelberg zajmuje się tą sprawą ze stanowiska ogólniejszego, obejmującego dziedziczność nietylko chorób ucha środkowego, ale chorób usznych wogóle. Wprawdzie i on przypisuje pewne znaczenie pewnym odmianom lub zboczeniom w budowie anatomicznej. Zaznacza on, że osoby z wązką jamą nosową łatwiej zapadają na choroby uszne, zwłaszcza przy istniejącej równocześnie skłonności do nieżytów. Oczywista rzecz, że u takich osób już nieznaczny obrzęk błony śluzowej nosa pociągnie za sobą znaczniejszą niedrożność nosa i w następstwie także zamknięcie lub znaczne ścieśnienie ujścia trąbek usznych. Z zestawienia jednak spostrzeżeń Eitelberga, tyczących się 262 osób, w różnym stosunku ze sobą spokrewnionych, wynika uderzający fakt dziedziczności różnych chorób rozmaitych części narządu usznego. Eitelberg widział np. jedną rodzinę, w której ojciec i syn cierpieli na przewlekły nieżyt ucha środkowego, jedna córka cierpiała na nagromadzenie woskowiny w uszach, a druga była dotknięta obustronnem zajęciem n. słuchowego. W pewnych rodzinach, w których u rodziców stwierdzano rozlane zapalenia ucha zewnętrznego, a u dzieci ropne zapalenie ucha środkowego, możnaby sobie stosunek ten wytłomaczyć w ten sposób, że w obu pokoleniach istniało zapalenie ucha zewnętrznego, które u rodziców zatrzymało się u progu ucha środkowego, zaś u dzieci, przekroczywszy ten próg, rozszerzyło się na ucho środkowe.

Jednakże u 36 osób, spostrzeganych przez Eitelberga, znalazły się wśród członków jednej rodziny, wśród rodzeństwa, względnie u rodziców i u dzieci choroby uszne, pozornie nie mające żadnej wspólnej podstawy. Tak np. siostra cierpi na ostre ropne zapalenie ucha środkowego, a brat na nagromadzenie woskowiny w zewnętrznym przewodzie ucha. Podobne okoliczności zachodzą w dalszych 34 przypadkach Eitelberga.

Podobne stosunki miałem sam często sposobność spostrzegać, co mi dało powód do zastanowienia się nad tym uderzającym faktem. Na podstawie własnych spostrzeżeń zupełnie się zgadzam z Eitelbergiem w tem, że piętno dziedziczności mogą nosić nietylko tesame lub podobne, lecz także pozornie odległe i różne postacie chorób narządu słuchowego.

Dla wytłómaczenia częstego występowania takich różnych, u kilku członków tej samej rodziny nieraz różnie usadowionych chorób usznych, nie pozostaje nic innego, jak przypuścić intoksykacyę nieznanej przyrody, dziedziczne przekazanie jadu, wywołującego zmiany trofotoksyczne miejscowe, rodzinne zboczenia krążenia, albo też miejscową rodzinną chwiejność (labilitas) nerwową. W niektórych przypadkach można przypuścić jako przyczynę pierwotne, do wpływów dziedzicznych dające się odnieść zmiany w nerwach współczulnych, zaopatrujących narząd słuchowy.

Słowem, chodzi tu o osoby, które od urodzenia mają narząd słuchowy »mniejszej wartości«, stanowiący wobec zewnętrznych i wewnętrznych czynników szkodliwych »locus minoris resistentiae«. Należy jednak przyznać, że w pewnych przypadkach dziedziczność ta może być pozorną, o ile jednakowe przyczyny zewnętrzne przypadkowe (otoczenie, stosunki miejscowe, mieszkaniowe, zawodowe, klimatyczne, choroby zakaźne w rodzinie, jak płonica, błonica, grypa i t. p.) mogą dać wspólny powód do cierpień różnych części tego samego narządu.

Bądź co bądź, jakakolwiek jest przyczyna dziedzicznego usposobienia do chorób usznych, sam fakt istnienia takiej dziedziczności, potwierdzony długoletniem doświadczeniem, licznemi spostrzeżeniami, stanowi ważną przestrogę dla lekarzy, której lekceważyć nie wolno. W takich dziedzicznie obciążonych rodzinach należy czuwać ze szczególną troskliwością nad narządem słuchowym, aby nie obciążyć własnego sumienia wyrzutem, »za późno«, jak to słusznie Eitelberg podkreśla. Powinno się wczas zwracać uwagę rodziców takich dzieci na konieczność uważnego nadzorowania dzieci, wczesnego i starannego leczenia ewentualnych cierpień usznych i przedstawić możliwe złe następstwa zaniedbania takich cierpień, podwójnie groźne z powodu obciążenia. Postępowanie takie jest tembardziej wskazane, że takie choroby uszne, ze względu na odzie-

dziczoną mniejszą odporność. często biorą zły obrót i mniej są przystępne dla leczenia, niż podobne cierpienia, nie polegające na tle dziedzicznem.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Hildebrandt. **Uśpienie chloroformowe a choroby wątroby.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 10). Przy t. zw. późnem zatruciu chloroformowem stwierdza się głównie zmiany w wątrobie. To też, chcąc uniknąć niebezpieczeństw uśpienia chloroformowego, należy przeprowadzić bardzo dokładne i szczegółowe badanie chorego przed operacyą i przedewszystkiem zwrócić uwagę na stan wątroby. Badając mocz w kierunku obecności urobiliny, możemy uzyskać pewne wskazówki co do zmian w wątrobie. Stosowanie chloroformu przy istniejącem schorzeniu wątroby uważa autor za błąd lekarski. N.

Schnée. **Przyczynek do leczenia choroby Basedowa.** (Zentrbl. f. inn. Med. 1913, Nr 19). Autor połączył w kilku przypadkach choroby Basedowa leczenie antytyreoidyną z pankreonem i we wszystkich przypadkach uzyskał bardzo dobre wyniki: objawy w ciągu 6—8 tygodni leczenia ustępowały i poprawa stanu chorych utrzymywała się bardzo długi czas. Autor zauważył również, że w przypadkach niedokrwistości, w których arsen nie odnosił skutku leczniczego. to skombinowany z pankreonem wywierał bardzo dobry wpływ na poprawę stanu krwi i stanu ogólnego chorych. Próby powyższego leczenia nie byłyby zdaniem autora bezowocne. N.

Wolpe. **Zaburzenia wydzielnicze żołądka w chorobie Basedowa.** (D. Arch. f. klin. Med. 1913, Bd. 108). Autor badał wydzielanie żołądka dokładnie w 16 przypadkach choroby Basedowa, mniej dokładnie w 7 przypadkach; we wszystkich stwierdzał zawsze zmniejszenie się wydzielania kwasu solnego i zaczynów, a więc achylię, częścią nawet zanik gruczołów (anadenia). Zaburzenie czynności jelit i oddawania stolca przy chorobie Basedowa uważa autor za zaburzenia pochodzenia wyłącznie żołądkowego (gastrogen). Wszystkie te zmiany chorobowe są zdaniem autora wyrazem konstytucyonalnej astenii ustroju, wywołanej jadem choroby Basedowa. Wskazane jest powtórzenie badań i pogłębienie niniejszej pracy. N.

Kutschera. **Przeciw etyologii wodnej wola i kretynizmu.** (Münch. m. Woch. 1913, Nr 8). Autor zbiera swe dowody przeciw etyologii wodnej wola i kretynizmu w następujących wnioskach: 1) Źródła wola, uznawane dotąd, przy dokładnem badaniu nie wytrzymują krytyki. 2) Epidemie wola i kretynizmu stwierdza się tylko w pewnych zbiorowiskach mieszkaniowych, a nie obszarach wodnych. 3) Doświadczenia na zwierzętach stwierdzają przeważnie, że wól i kretynizm mogą powstawać także bez działania wody. 4) Doświadczenia epidemiologiczne, dotyczące występowania i znikania wola i kretynizmu w rodzinach i domach wskazują, że należy szukać przyczyny obu tych stanów chorobowych w domach i w mieszkaniach, w najbliższem otoczeniu chorych lub w nich samych. Możliwość przeniesienia czynnika szkodliwego przez jakiegoś pośrednika (Zwischenwirt) jest bardzo prawdopodobna. N.

Halpern. **Serodyagnostyka nowotworów zapomocą odczynu odchylenia dopełniacza** (Münch. med. Woch. 1913. Nr 17). Autor przeprowadził rozległe badania z pomocą odczynu Dungerna i stwierdził w surowicach 72 przypadków pewnych raków dodatni odczyn w 71 przypadkach (89·8%), w 56 zaś przypadkach nie rakowych 52 odczyny ujemne (92·8%); prócz tego szereg przypadków był niepewny. Te wyniki stwierdzają, że odczyn Dungerna wprawdzie nie rozstrzyga ze ścisłą pewnością rozpoznania nowotworu złośliwego, lecz stanowi metodę bardzo pomocną przy odpowiedniem uwzględnieniu danych klinicznych—dla rozpoznania złośliwych nowotworów. N.

Krecke. **Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). Wobec tego, że często miesza się dwie sprawy chorobowe podobne do siebie, t. j. przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, przebiegające bez napadów i przewlekłe zapalenie jelita grubego, zestawia autor na podstawie swego bogatego doświadczenia następujące punkta wytyczne dla rozpoznania różniczkowego: 1. Charakter bólów przy zapaleniu wyrostka jest z reguły kłujący lub świdrujący, natomiast przy zapaleniu okrężnicy przeważa raczej uczucie ciśnienia lub gniecenia. 2. Siedzibą dolegliwości przy zapaleniu wyrostka jest przedewszystkiem okolica prawego talerza biodrowego, przy zapaleniu okrężnicy zaś rozpromieniają się bóle po całym brzuchu. 3. Występowanie bólów napadowe przemawia raczej za zapaleniem wyrostka. 4. Zależność i związek dolegliwości z fizycznymi wysiłkami, miesiączkowaniem, przemawia bardziej za zapaleniem okrężnicy; bóle przy zapaleniu wyrostka są niezależne od wpływów zewnętrznych. 5. Punkt bolesny Mac Burneya świadczy z wielkiem prawdopodobieństwem o przewlekłem zapaleniu wyrostka; o ile podobne punkta uciskowe stwierdza się w innych miejscach brzucha, zwłaszcza w okolicy zagięcia esowatego, zachodzi prawdopodobieństwo schorzenia jelita grubego. Pamiętać należy, że przy przewlekłem zapaleniu wyrostka, zwłaszcza w postaciach powracających, może nie być wcale punktu bolesnego. 6. Oporność pasmowata lub poduszkowata okolicy kątnicy przemawia prawie zawsze za schorzeniem jelita grubego. 7. Zaburzenia stolca, zaparcie, nieprawidłowe fermentacye, stolce śluzowe przemawiają za schorzeniem jelita grubego, które może być następstwem lub przyczyną przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. 8. Poprawa dolegliwości pod wpływem leczenia fizyczno-dyetetycznego przemawia przeciw zapaleniu wyrostka. 9. Ogólne przypadłości nerwowe przemawiają przeciw zapaleniu wyrostka. N.

Glaesner i Sigmund. **Skurcz odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 11). Z badań autorów wynika, że kwas solny sam nie jest zdolny wywoływać zamykania się odźwiernika i że z ilości kwasu solnego w żołądku nie można wyciągać wniosków ani o fizyologicznym odruchu odźwiernikowym, ani o skurczu odźwiernika. Główną rzeczą w tych razach jest stosunek między kwaśnością żołądka, a alkalicznością dwunastnicy; stąd wynika, że w przyszłości przy wszystkich schorzeniach żołądka należy dużą wagę kłaść na zjawiska wydzielnicze, zachodzące w dwunastnicy z uwzględnieniem wydzielania trzustki i wątroby. N.

Faulhaber. **Rozpoznawanie i leczenie przewlekłego wrzodu odźwiernika.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 17—18). Wrzód odźwiernika przewlekły daje znany, dobrze scharakteryzowany zbiór objawów, na podstawie którego można w przeważnej części przypadków trafnie go rozpoznać. Do znanych objawów wrzodu żołądka wogóle, jak kardyalgia, krwawienie (jawne lub utajone), wymioty i t. d., dodaje autor jeszcze trzy inne, bardzo ważne i znamienne dla rozpoznania, t. j. peryodyczność dolegliwości, ciągłe wydzielanie nadmierne i kurcz odźwiernika. Objaw ostatni (kurcz) stwierdza się tylko przy wrzodzie, usadowionym w samym odźwierniku lub w jego najbliższem otoczeniu, a nie przy wrzodach dalej od odźwiernika leżących. Kurcz odźwiernika można łatwo i pewnie stwierdzić zapomocą badania rentgenologicznego. Co się tyczy leczenia, to ponieważ leczenie wewnętrzne w $^2/_3$ przypadków nie odnosi skutku, należy zdaniem autora wrzód odźwiernika uważać za sprawę chirurgiczną. N.

Sommerfeld. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka a wrzodu dwunastnicy.** (Arch. f. Verdkrankh. T. XIX, Z. 1). Autor podaje do-

kładne zestawienie zapatrywań nauki obecnej chwili o wrzodzie dwunastnicy i jego stosunku do wrzodu żołądka i omawia dokładnie symptomatologię na podstawie własnych 44 przypadków (11 przypadków wrzodu żołądka okolicy odźwiernika, 12 przypadków wrzodu odźwiernika i 21 przypadków wrzodu dwunastnicy). Główne objawy są następujące: bóle występujące w kilka godzin po jedzeniu, ewentualnie w czasie głodu, usadowienie bólów w prawem nadpępczu, określony ból na ucisk i opukiwanie, punkty uciskowe na grzbiecie, silniejsze napięcie prawego mięśnia prostego brzucha, wymioty, nadmierne wydzielanie, krwawienia, wybitna okresowość dolegliwości, wreszcie wynik badania rentgenologicznego. Autor jest tego zdania, że tylko zespół kilku powyższych objawów można zużytkować do rozpoznania wrzodu dwunastnicy. N.

Reichmann. **Rokowanie i leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych**. (Münch. med. Woch. 1913, Nr 20). Zapalenie gruźlicze opon mózgowych może w bardzo rzadkich przypadkach wyleczyć się, co więcej liczba wyleczonych przypadków w ostatnich czasach nawet wzrasta; we wszystkich tych razach bez wyjątku główną zasługę pomyślnego wyniku przypisuje się nakłuciu lędźwiowemu. Autor, choć nie twierdzi, by nakłucie wyłącznie miało leczyć zapalenie opon, to przecież uważa je bezwątpienia za bardzo skuteczny zabieg leczniczy, który powinien być stosowany we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi zamroczenie świadomości, i to stosowany dopóty, aż spostrzeże się korzystne działanie na sensoryum. Przy tem wszystkiem należy zwrócić jeszcze główną uwagę na odżywianie chorego. N.

Gaisböck. **Farmakodynamika i lecznicze stosowanie adrenaliny**. (Ther. Monatshefte, Z. 8). Autor nakreśla najpierw ogólny pogląd na działanie fizyologiczne adrenaliny w doświadczeniach na zwierzętach, ujawniające się głównie w podnieceniu zakończeń nerwowych układu współczulnego. Sposób użycia tego środka w medycynie klinicznej od początku stosowania jego był głównie śródżylny, później podskórny, gdy po wstrzykiwaniach śródżylnych spostrzeżono nieraz gwałtowne objawy działania ubocznego. Szczególnie dobre wyniki opisują w leczeniu włóknikowego zapalenia płuc (0·5—2 mg w przerwach 1—2-godzinnych, do 12 mg dziennie przez 4—5 dni), oraz w dychawicy oskrzelowej; zwłaszcza przy tej chorobie spostrzegał G. prawie natychmiastowe znikanie duszności, rzężeń, rozwodnienie plwociny, oraz ułatwienie wykrztuszania; korzystne działanie spostrzegał autor u chorych na rozedmę, a w niektórych przypadkach schorzeń nerek z obrzękami i zmniejszeniem się wydzielania moczu wzmożenie ilości moczu. G. wspomina też o stosowaniu adrenaliny w nerwicach naczynioruchowych. By uniknąć zbyt szybkiego wzmożenia ciśnienia, można wstrzykiwać 20 minut przed adrenaliną morfinę (0·01) lub hyoscynę (0·0003). Po wstrzykiwaniach adrenaliny spostrzegał autor częścią leukocytozę, częścią zwiększenie się nieznaczne leukocytów oraz erytrocytów. Przeciwwskazane jest stosowanie adrenaliny w ciężkich schorzeniach serca, miażdżycy naczyń wieńcowych, zmianach aorty, żył i w stanach wzmożonego ciśnienia krwi. N.

Rutimeyer. **Znaczenie rozpoznawcze badań zaczynów, głównie zaczynu podpuszczkowego w treści żołądkowej przy schorzeniach żołądka**. (Arch. f. Verdkrankh. Bd. XVIII H. 5). Autor przeprowadzał na szerokim materyale klinicznym (ponad 500 badań poszczególnych) badania nad zachowaniem się ilościowem podpuszczki i pepsyny w soku żołądkowym po śniadaniu próbnem Ewalda. Badania ciągnęły się przez szereg lat pięciu; autor powtarzał często badania u tych samych chorych. Dla wykazania zaczynu podpuszczkowego posługiwał się metodą Boasa w modyfikacyi Cohnheima: 3 cm^3 soku żołądkowego w rozc. od 1:10 do 1:360 mieszał z 5 cm^3 mleka gotowanego i $2^1/_2$ cm^3 $1^0/_0$ rozczynu chlorku wapnia i pozostawiał w kąpieli wodnej 38° C przez 20 minut. Oznaczanie pepsyny wykonywał według metody Metta. Sok żołądkowy badał możliwie świeży, najpóźniej w 8—10 godzin po wydobyciu. Wyniki badań są następujące: w sokach bez kwasu solnego (achylia, carcinoma, anaciditas nervosa) stwierdził w $80^0/_0$ przypadków działanie podpuszczki w rozcieńczeniu 1:10 i działanie pepsyny w rozcieńczeniu 1:16 przy braku HCl wolnego; przy achylii wartości podpuszczki były bardzo małe (1:10); przy raku 1:40—1:320; przy nerwowej niedokwaśności średnio 1:80. Różniczkowo w przypadkach niejasnych stwierdzenie wielokrotne dodatniego odczynu podpuszczkowego w rozcieńczeniu do 1:10 przemawiałoby raczej za achylią, niż za rozpoczynającym się rakiem. Odczyn podpuszczkowy jest czulszy i delikatniejszy, niż pepsynowy; nawet przy zupełnym braku zaczynów i braku HCl wolnego mogą zaczyny pojawiać się w krótkim czasie. Wydzielanie kwasu solnego wolnego, podpuszczki i pepsyny postępuje niezależnie od siebie. N.

Fuchs. **Przyczynek do leczenia przełomów żołądkowych.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 24). W przełomach żołądkowych, bardzo długo trwających, stosował autor z dobrym wynikiem wstrzykiwania nowokainy-suprareniny do kanału rdzeniowego. W jednym bardzo uporczywym przypadku osiągnął już po dwu wstrzyknięciach szybkie ustąpienie objawów. N.

Laryngologia i otyatrya.

Delsan. **O leczeniu chorób ucha, nosa i krtani w przebiegu chorób zakaźnych i osutek ostrych.** (Sprawozdanie w Sekcyi otyatrycznej XVII międzynar. Zjazdu lekarskiego w Londynie 1913). Po wykazaniu ważnej roli schorzeń, narządu słuchu i górnych dróg oddechowych w przebiegu ostrych chorób zakaźnych i podaniu sposobów zapobiegawczych i leczniczych, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Jest obowiązkiem lekarza uwzględnić w przebiegu ostrych chorób zakaźnych narząd słuchu i górne drogi oddechowe przez dokładne zbadanie także tych narządów. Dopóki zasady nauki o chorobach nosa, gardła i uszu nie są znane i stosowane przez wszystkich lekarzy, powinien lekarz ordynujący w takich przypadkach zasięgać rady i pomocy specyalistów. 2) Po stwierdzeniu powikłania w tych narządach wskazane jest staranne ich leczenie przez lekarza, w tym kierunku wykształconego i doświadczonego. 3) Dla zapobiegania szerzeniu się spraw zakaźnych na uszy, nos i gardło koniecznie jest wskazane zastosowanie szczególnych środków. 4) Lekarze powinni się starać wspólnie ze specyalistami wyszukać najlepsze sposoby zapobiegania powikłaniom usznym i t. d. w przebiegu chorób zakaźnych. Spira.

Coales. **Odradzanie się błony bębenkowej.** (The Laryngoscope, 1913, Nr 6). Autor podaje trzy przypadki, w których mimo długoletniego ropienia usznego otwór w błonie bębenkowej w końcu samorodnie się wygoił. W jednym z tych przypadków poprzednio wielokrotne usiłowania sztucznego zamknięcia błony pozostały bez skutku. Na podstawie własnych i obcych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Nawet bardzo znaczne otwory w błonie bębenkowej mogą przy sprzyjających warunkach zabliźnić się nawet po wielu latach od początku choroby. 2) Wszystkim błonom bębenkowym właściwa jest wielka odradzalność. 3) Bezskuteczne próby zagojenia otworu w błonie bębenkowej mają przyczynę w jej chwilowo obniżonej żywotności. 4) Przez przeczekanie, poprawę ogólnego stanu zdrowia i wytworzenie lepszych warunków miejscowych można osiągnąć lepsze skutki. 5) Przez zupełne wygojenie przedziurawienia błony bębenkowej można zawsze osiągnąć lepszą ochronę dla głębszych części ucha, niekiedy jednak połączoną z niepożądanem pogorszeniem słuchu. Spira.

Heschl. **Stosunek między przewodnictwem kostnem a powietrznem.** (Monatsschrift f. Ohrenh. 1913. Z. 9). Wy-

niki swoich badań streszcza autor w następujących zdaniach: 1) Gdzie istnieje skrócenie przewodnictwa powietrznego z powodu przeszkody w przewodnictwie fal głosowych, tam zawsze spotyka się przedłużenie przewodnictwa kostnego. 2) Po usunięciu tej przeszkody przewodnictwo powietrzne zawsze się wzmaga, przewodnictwo zaś kostne zawsze się zmniejsza. 3) Przypadki z przeszkodą w uchu środkowem różnią się pod względem zachowania się przewodnictwa kostnego od przypadków z przeszkodą w przewodzie ucha zewnętrznym. W tych drugich po usunięciu przeszkody przedłużenie przewodnictwa kostnego zmniejsza się w równym stopniu ze zwiększającem się przewodnictwem powietrznem. W przypadkach zaś pierwszej kategoryi po usunięciu przeszkody przewodnictwo powietrzne znacznie się zwiększa, przewodnictwo zaś kostne zmniejsza się tylko nieznacznie. Po wyleczeniu choroby może przewodnictwo kostne przy już zupełnie prawidłowem przewodnictwie powietrznem pozostawać bardzo zwiększonem. 4) Poprawa przewodnictwa powietrznego jest największą po pierwszem przedmuchiwaniu powietrza przez trąbki, następne przedmuchiwania wywołują powolnie tylko postępującą poprawę. 5) Percepcya słuchu w różnych prawidłowych przypadkach nie jest całkiem równą. Okoliczność tę należy brać w rachubę przy ocenie wyników badania przypadków chorobowych. 6) Poprawa bystrości słuchu dla mowy różni się w niektórych przypadkach uderzająco od poprawy w przewodnictwie powietrznem. Spira.

Voss. **Zaburzenia słuchu i równowagi w kile.** (Zjazd niem. Towarzystwa otol. w Stuttgarcie 9—10. V. 1913). 1) Cierpienia ucha wewnętrznego w przebiegu kiły są prawie zawsze następstwem zakażenia ogólnego. 2) Częste występowanie tych cierpień w drugim okresie kiły od czasu wprowadzenia salwarsanu należy przypisać zbyt skąpemu dawkowaniu tego środka. 3) Zmiany anatomo-patologiczne, będące podstawą tych cierpień, są w związku z równoczesnemi kiłowemi zmianami opon mózgowo-rdzeniowych i 4) składają się ze zmian zapalnych pnia n. słuchowego i ze zmian zapalnych przy jego zakończeniach obwodowych. 5) Choroba może być jedno lub obustroną i zajmować cały n. słuchowy lub tylko części jego. 6) Rozpoznanie kiłowego zajęcia n. słuchowego zasadza się na stwierdzeniu, że chory przebył kiłę, na znamiennym wyniku badania czynności n. słuchowego, na równoczesnem istnieniu innych objawów kiłowych, nareszcie na poprawie lub wyleczeniu po odpowiedniem leczeniu swoistem. 7) Rokowanie w przebiegu kiłowych zmian n. słuchowego jest we wczesnym okresie kiły tem lepsze, im wcześniej i energiczniej przeprowadza się leczenie. W okresie trzeciorzędnym rokowanie bywa gorszem, z powodu istniejącego już wtedy znacznego zwyrodnienia; można jednak niekiedy i tu osiągnąć wyniki niespodziewane. 8) Najlepszem postępowaniem jest energiczne leczenie kombinowane salwarsanowo-rtęciowe, poparte wewnętrznem podawaniem jodu i środków napotnych. 9) Ilość i dawki salwarsanu bywają w poszczególnych przypadkach różne, a stosuje się je do ustępowania zaburzeń słuchu i równowagi, do zmniejszania się innych objawów kiłowych i do wyniku odczynu Wassermanna we krwi i w cieczy mózgowordzeniowej. 10) Przy stosownem postępowaniu niema obawy szkodliwego działania salwarsanu. W nielicznych przypadkach, w których takie działanie wystąpiło, chodziło o obwodowe zapalenia nerwów, jakie nieraz spostrzegano także po innych środkach arsenikalnych. Spira.

Goldenberg. **Gwizdanie przy chorobach krtani.** (Kuracisto 1913, Nr 6). Autor zauważył, że między skalą śpiewu i gwizdania zachodzi pewien stały stosunek. Skali tenorów i sopranów, która sięga od e do a, oraz barytonów od d do e (f?), odpowiada właściwa skala przy gwizdaniu. Nie zdarza się, aby ktoś miał przy śpiewaniu skalę barytona, a przy gwizdaniu tenora i odwrotnie. Stąd wniosek, że skala gwizdania nie zależy tylko od warg, lecz także i od krtani. Że krtań bierze udział w gwizdaniu, tego dowodzą współistniejące ruchy krtani ku górze i dołowi, tak jak przy śpiewie. W dalszym ciągu stwierdza autor, że chorzy, dotknięci porażeniem nerwów krtaniowych, tracą nietylko możność mówienia i kaszlenia, lecz także zdolność gwizdania (poza co najwyżej jedną nutą). Objawu tego niema przy wrzodach gruźliczych i kiłowych, bo w tych przypadkach struny głosowe nie tracą zdolności kurczenia się, lecz tylko zdolność drżenia. Stąd wniosek kliniczny rozpoznawczo-różniczkowy, że jeżeli chory dotknięty jest cierpieniem krtani, a potrafi przytem gwizdać melodyę albo przynajmniej modulować gwizdanie, to wówczas należy przypuścić, że niema u niego porażenia strun głosowych. Blassberg.

Leroux. **Nowa metoda bezpośredniej laryngoskopii** (ortholaryngoscopie autostatique sans suspension). (Congr. franç. d'oto-rhino-laryng. Paryż, maj 1913). Laryngoskopia bezpośrednia według metod Kirsteina i Kiliana wymaga albo trzymania przyrządu przez badającego, albo zawieszenia głowy badanego; ten drugi sposób badania ma tę wyższość, iż obie ręce badającego zostają wolne. Zamiast jednak zawieszania głowy badanego, posługuje się Leroux przyrządem o wiele prostszym, zbudowanym przez Brunesu, który się w ustach badanego trzyma sam, przez co też obie ręce badającego są wolne. Przyrząd ten oparty jest na zasadzie rozwieracza ust, w którym dźwignia przygniata język, a dwa poziome haki, przesuwające się na szynie, przyciągają ku przodowi nagłośnię. Oba te ruchy, a więc przygniecenie języka i przyciąganie nagłośni, odbywają się równocześnie i z równą siłą, wywołane pomału a dokładnie pracującem urządzeniem zębatem, zamykającem się automatycznie, jak w rozwieraczu. Badanie odbywa się w znieczuleniu miejscowem; chory siedzi, z głową silnie w tył odchyloną. Przyrząd z łatwością przez pociśnięcie palcem można z ust wyjąć. Wewnątrzkrtaniowe zabiegi wykonywa się bez trudności. Sposób ten nie sprawia badanemu przykrości, a przytem przyrząd jest bardzo tani w porównaniu do przyrządu do laryngoskopii wieszadłowej Kiliana. A. B.

Grünwald. **Prosty sposób wstrzykiwań tchawiczno-oskrzelowych w dychawicy oskrzelowej.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 25). Zamiast wstrzykiwań przy użyciu bronchoskopu Kiliana, względnie o wiele już prostszym sposobem Ephraima, zaleca Grünwald stosowanie rozczynów znieczulająco-wazotonicznych wprost strzykawką krtaniową. U bardzo wrażliwych trzeba naprzód znieczulić wejście do krtani. Wstrzyknięcie wykonywa się podczas wdechu, następnie puszcza się zaraz język i zaleca się wstrzymanie kaszlu i głębokie oddychanie. Do wstrzykiwań używa Grünwald albo samej adrenaliny 1‰, rozcieńczonej w rozczynie wodnym w stosunku 1:10, w ilości około 1 cm^3, albo w kombinacyi z nowokainą w równych częściach z rozczynu: Novocain 0·30, NaCl 0·08, aquae dest. ad 10·0«. Zazwyczaj wystarczają jedno do dwu wstrzyknięć, by wywołać skutek, nieraz nawet trwały, ale tylko w przypadkach dychawicy, zależnej od obrzmienia śluzówki oskrzeli. W przypadkach zaburzeń oddechowych odruchowych wstrzykiwania nie mają skutku i chybiają celu. A. B.

H. Conradi. **O zwalczaniu błonicy.** (Centr. f. Lar. 1913, str. 395). Ze względu, iż prątek błonicy jest mało odporny wobec kwasów organicznych i że ich działanie trujące na człowieka jest względnie nieznaczne, zaleca Conradi z najrozmaitszych kwasów jako najodpowiedniejszy kwas malonowy, w rozczynie 1%, w postaci płukań, rozpylań czy wziewań. Podobnież kwas ten miałby znaczenie zapobiegawcze w walce z szerzeniem się błonicy. O ileby więc się sprawdziła nadzieja, pokładana w kwasie malonowym, byłby to wielki postęp w zwalczaniu błonicy. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie w dniu 5. XI. 1913 r.

Na posiedzeniu tem przedstawił m. i. czł. L. Marchlewski dwie prace p. W. Święto sławskiego: »O związkach dwuazowych i azowych«, oraz p. A. Gałeckiego: »Metoda octanowa ilościowego oddzielania żelaza i glinu od manganu«, zaś czł. K. Kostanecki pracę Dr Maksymiliana Rosego: »Cytoarchitektonika przedmóżdża ptaków« (wykonaną w oddziale neurologicznym Zakładu anatomii opisowej w Krakowie).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 29. X. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 76.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Wachtel przedstawia przypadek **poprzecznego zapalenia rdzenia, leczony** z doskonałym wynikiem **wstrzykiwaniami salwarsanu.**

3) Kol. Prymaryusz Borzęcki przedstawia 19-letniego chorego, który zgłosił się na jego oddział z powodu **owrzodzenia,** zajmującego skórę **napletka,** a trwającego od stycznia 1913. Owrzodzenie zajmuje brzeg napletka, skórę prącia na tylnej ścianie aż do połowy prącia, przedstawia się jako ubytek powierzchowny, o dnie dosyć czystem, brzegach w niektórych miejscach podminowanych, przy ucisku bolesnych. Gruczoły pachwinowe, jak niemniej inne, nie powiększone. W pierwszej chwili przypuszczano wrzód miękki; — szczepienie na skórze brzucha dało wynik ujemny. Wobec braku zajęcia gruczołów, braku krętka bladego, zmian ogólnych, wyłączyć można było zmianę pierwotną. Odczyn Wassermanna, silnie dodatni, wyjaśnił etyologię owrzodzenia. Poddano chorego jeszcze powtórnemu badaniu, przy którem stwierdzono na goleni prawej bliznę rozległą, wiotką, o brzegach ostrych, a powstałą, jak chory podaje, po owrzodzeniu, jakie tam było przed 9 laty. Przy tej sposobności zwraca mowca uwagę na pierwszorzędne znaczenie w kierunku rozpoznawczym odczynu Wassermanna.

4) Kol. Prof. Browicz wygłosił wykład: **Czy rak pojawia się obecnie częściej, czy też nie?** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. Nowaczyński: Do spostrzeżeń Rektora Browicza dodać chcę kilka uwag i ze strony klinicznej. Przedewszystkiem przyznać należy najzupełniejszą słuszność poglądom Rektora Browicza, tyczącym się wogóle wartości statystyk raka, jakiekolwiekby one były. Prawdą jest, że żadna statystyka raka, czy to oparta na materyale sekcyjnym, czy klinicznym, czy innym, nigdy nie będzie idealną, zawsze bowiem okaże pewne braki; jednakże sądziłbym, że i tym klinicznym statystykom nie można odmawiać niejakiej wartości, tak, że o ile na ich podstawie nie można czynić wniosków ogólnych, to przecież mogą one mieć pewną wartość czysto miejscową. — Pytanie, czy rak narządów wewnętrznych (gdyż te mam na myśli), częściej się pojawia obecnie, niż dawniej, zaciekawiało nas także, tembardziej, że zauważyliśmy w ostatnich latach jakby zwiększanie się ilościowe przypadków raka. Toteż z polecenia Prof. Jaworskiego zestawiłem z początkiem r. b. statystykę raka narządów wewnętrznych u chorych, zgłaszających się do ambulatoryum krakowskiej kliniki medycznej. Z góry zaznaczam, że statystyka ta nie jest ścisła i pewna i nie ma tej wartości, co statystyka, oparta na materyale anatomo-patologicznym, ustąpić też musi co do wartości przed statystyką raka, zebraną choćby z materyału kliniki stałej, głównie dlatego, że jest statystyką ambulatoryjną. Różnica bowiem zachodzi duża, czy rozpoznajemy raka jakiegoś narządu wewnętrznego na podstawie dłuższej obserwacyi klinicznej z uwzględnieniem klinicznych metod badania, czy też rozporządzamy tylko rozpoznaniem ambulatoryjnem, które z konieczności musi być pobieżne, względnie nie może być dokładne nawet mimo tej okoliczności, iż od szeregu lat systematycznie w ambulatoryum kliniki medycznej stosuje się n. p. w każdym przypadku podejrzanym schorzenia żołądka badanie zgłębnikiem. Różnica ta tem wyraźniej wystąpi, gdy się porówna rozpoznanie kliniczne z rozpoznaniem na stole sekcyjnym, gdzie ręka, nóż, wreszcie badanie mikroskopowe daje nam zupełnie pewne wyniki. — Z innych też powodów, zresztą zrozumiałych, statystyka moja nie może być zupełna, gdyż obejmuje tylko część przypadków zgłaszających się do kliniki medycznej: zważyć bowiem trzeba, że inna część zgłasza się do innych klinik, głównie chirurgicznej. Powtóre statystyka ta, będąc ambulatoryjną, nie może wciągnąć w rachubę przypadków raka u wszystkich warstw społecznych, lecz musi się ograniczyć do warstw najniższych. W każdym razie, ograniczając się tylko do tego zakresu przypadków, oraz uwzględniając dość długi okres czasu, bo 22 lat, sądzę, że można czynić pewne wnioski, czysto miejscowe, o częstości raka dawniej a teraz.

Przystępując teraz do samej statystyki, zaznaczam, iż jest ona niezupełną; zestawiłem bowiem w niej poza ogólną liczbą chorych mężczyzn i kobiet w poszczególnych latach, tylko raki narządów, jakie najczęściej się spotyka, t. j. żołądka i przełyku, przyczem uwzględniłem stosunki odsetkowe; pominąłem zaś na razie raki innych narządów (wątroba, jelito, narządy moczowo-płciowe), zresztą bardzo skąpe w naszej statystyce, wreszcie pominąłem zestawienie według wyznania, wieku i t. p. — Czy więc na podstawie tej statystyki możemy wysnuć pewne wnioski co do większej dziś częstości raka? Musimy odpowiedzieć sobie, że nie, nie stwierdzamy bowiem ani wśród przypadków raka przełyku, ani żołądka, ani u mężczyzn, ani u kobiet, żadnych dowodów, jakoby przypadki raka wzrastały, czy też zmniejszały się. Również i obliczenia odsetkowe nie dają wyraźnych różnic między poszczególnemi latami; natomiast może znajdziemy pewne, choć nieduże różnice, gdy porównamy ogólne cyfry raków nie z poszczególnych lat lecz z dwu okresów lat, liczących po 11 lat (od 1870/71 do 1900/901 i od 1901/902 do 1911/1912). Stwierdzamy wśród raków przełyku w I. okresie u mężczyzn 70 przyp. czyli 0·4%, w II zaś 89 przyp., czyli 0·49%, więc o 0.09%

więcej; u kobiet: w I okresie 13 przyp. = 0·09%, w II 17 przyp. = 0·1%; wśród raków żołądka u mężczyzn: w I okresie 237 przyp. = 1·36%, w II okresie 267 przyp. = 1·47%, a więc o 0·09% więcej, u kobiet zaś w I okresie 119 przyp. = 0·8%, w II 112 przyp. = 0·6% czyli o 0·2% mniej. W końcu chcę nadmienić, że płeć odgrywa wielką rolę w częstości pojawiania się raka w tych narządach, gdyż stwierdzamy raków przełyku u mężczyzn za czas 22 lat 160 przyp. = 0·4%, natomiast u kobiet tylko 30 = 0·09%, raków zaś żołądka u mężczyzn 514 = 1·4%, u kobiet zaś tylko 231 = 0·7%.

Następnie przemawiali kol. Prof. Rosner, prof. Jaworski, Dr Janiszewski, prof. Kostanecki, prym. Borzęcki, Dr Blassberg i prof. Browicz.

Posiedzenie z d. 5. XI. 1913.

Przewodniczy: prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 182.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes zawiadamia, że stosownie do uchwały wydziału Tow. lek. krak. z d. 29. X. 1913, wysłano adres do Dra Alfreda Sokołowskiego z okazyi jego jubileuszu.

3) Jako gości powitał prezes inżyniera Lisa i kolegę Brzezińskiego z Zakopanego.

4) Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Dra Mieczysława Kramarzyńskiego.

5) Kol. Prof. Rosner wygłosił wykład: **Röntgen i rad w terapii ginekologicznej**.

Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy gubernii Lubelskiej.

Posiedzenie z d. 4. VI. 1912.

Obecnych 16 członków. Przewodniczący Dr Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Prezes podaje do wiadomości zaproszenie komitetu I Zjazdu higienistów polskich we Lwowie do wzięcia udziału w pracach Zjazdu.

2) Kol. Rogoziński przedstawia 1) chorą po operacyi **raka sutka** metodą Pansiniego, 2) chorego po operacyi **wypadania kiszki prostej** metodą Rehn Delormea.

W dyskusyi a) K. przewodniczący zaleca przy wypadnięciu kiszki prostej faradyzacyę jako środek bardzo skuteczny. — b) K. Cynberg mówi o leczeniu ogólnie wzmacniającem.

3) Kol. Modrzewski pokazuje 2 **wyrostki robaczkowe** i zaznacza, że zmiany w wyrostkach są bardzo znaczne w przeciwstawieniu do względnie słabych objawów klinicznych.

W dyskusyi Kol. Borsukiewicz nadmienia, że pierwszy napad u jednego chorego był bardzo lekki i przebiegał przy nizkiej ciepłocie.

4) Kol. Czerwiński przedstawia: 1) preparat macicy z rozpoczynającym się **rakiem części pochwowej** i obustronnymi **wodniakami jajowodów**, 2) macicę w 3 miesiącu ciąży z **włókniakiem** wielkości głowy dorosłego człowieka, 3) jajowód pęknięty tuż przy wyjściu z macicy z powodu dwumiesięcznej **ciąży jajowodowej**.

5) Kol. Dziemski przedstawia chorego w wieku lat 11 z prawostronnem połowiczem **porażeniem dziecięcem** (hemiparesis dextr. infantilis) wskutek zapalenia mózgu (encephalitis). Niedowładowi towarzyszyły ruchy atetotyczne. Chłopiec po 2-miesięcznym pobycie opuścił szpital, jako wyleczony; obecnie ruchy atetotyczne, aczkolwiek w słabym stopniu, znowu się pojawiły.

6) Kol. Arnsztajn odczytuje szczegółowo opracowany przypadek kazuistyczny i przeprowadza rozpoznanie różniczkowe pomiędzy zapaleniem wsierdzia i **durem z zapaleniem wsierdzia** (typhus cum endocarditide).

W dyskusyi Kol. Dziemski zaznacza, że za durem w danym przypadku przemawia najwięcej dodatni odczyn Widala, zwłaszcza wobec faktu, iż chory nigdy przedtem na dur nie chorował. Dodatni odczyn Widala może wprawdzie wystąpić i u chorych na żółtaczkę, ale w danym przypadku żółtaczki nie było. Brak objawów ze strony jelit nie wyłącza tu duru, istnieje bowiem cały szereg przypadków duru, w których schorzenia jelit niema wcale lub bywa bardzo nieznaczne. Usadowienie się sprawy w jelitach nie stanowi istoty duru. Choroba ta jest zatruciem ustroju endotoksynami, które powstają pod działaniem na prątki durowe ochronnych sił ustroju — bakteryolizyn. Im energiczniej ustrój chorego wytwarza bakteryolityczne ciała ochronne, tem większa ilość endotoksyn wyswobadza się przy bakteryolizie prątków durowych i jad tych prątków wywołuje schorzenie poszczególnych narządów, najczęściej zaś jelit. Obraz kliniczny duru i ostateczne zejście choroby zależy przedewszystkiem od ilości endotoksyn, jaka powstaje w ustroju przy nieustannej bakteryolizie. — b) K. Jasiński, zestawiając przytoczone w referacie dane z dodatnim odczynem Widala, wyraża mniemanie, że w danym przypadku był dur. — c) K. Cynberg przy rozpoznawaniu duru opiera się na zaburzeniach ze strony jelit i jest tego zdania, że przy durze zawsze są owrzodzenia w jelitach. — d) K. Czerwiński, powołując się na ogromną liczbę przypadków duru, spostrzeganych na Dalekim Wschodzie podczas wojny, kiedy w szpitalach nie wolno było rozpoznawać duru bez dokładnego odczynu Widala, twierdzi, że jednak nie spotykał tam powikłań ze strony serca. — e) K. Dziemski zaznacza, że nie we wszystkich epidemiach bywają jednakowe powikłania.

Posiedzenie doroczne z d. 4. VII. 1912.

Obecnych 17 członków. Przewodniczący Dr Aleksander Jaworowski. Sekretarz Dr Dziemski.

1) Kol. Dziemski przedstawia chorego z **gonokokcemią**. W ropie z ropnia, który po 7 miesiącach choroby utworzył się około kręgosłupa, wykryto dwoinki wiewiórowe.

2) Kol. Dobrucki przedstawia a) chorą po **resekcyi kątnicy** wskutek **gruźlicy**, b) szereg wyjętych **wyrostków robaczkowych**.

3) Kol. Czerwiński przedstawia szereg preparatów anatomicznych: a) przypadek **przetoki pęcherzowo-pochwowej** przez siebie operowanej; b) preparat złośliwie zwyrodniałego (sarcoma) **włókniaka macicy**, wielkości główki noworodka; na preparacie widać zrośniętą z guzem część sieci i przebiegające w niej żyły grubości małego palca; guz siedział na nóżce na samem dnie macicy; nóżkę klinowatem cięciem usunięto z miąższu macicy, która pozatem przedstawiała się zupełnie prawidłowo; c) **włókniak** ogromnych rozmiarów, który, rozwijając się podotrzewnie z tylnej ściany szyjki macicznej, wypełnił całą zatokę Douglasa; po nacięciu na nim otrzewnej dał się guz wyłuszczyć z nadzwyczajną łatwością; macicę amputowano nadpochwowo, zostawić jej nie było można z powodu zupełnego zniszczenia tylnej ściany.

B Dziemski.

Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce.

Posiedzenie doroczne w d. 18 września 1913 r. w Detroit (Michigan)

Na dorocznem posiedzeniu Towarzystwa (istniejącego drugi rok, a łączącego oba polskie Towarzystwa lekarskie z Chicago i Detroit oraz lekarzy-Polaków w innych miastach Stanów Zjednoczonych w jeden związek ogólny) powzięto ważne uchwały w sprawie zwalczania partactwa, panoszącego się w prasie codziennej przez ogłaszanie się wszelakiego rodzaju szarlatanów, oraz wybrano komisyę, która ma działać w sprawie zwalczania partactwa wspólnie z inspektorami rządowymi w poszczególnych Stanach.

Następnie załatwiono sprawy, dotyczące rozwoju Stowarzyszenia, sprawę wynagrodzenia lekarzy w niektórych polskich towarzystwach ubezpieczeń, omawiano referaty i uchwalono odbywać co roku Zjazdy Stowarzyszenia.

W skład nowoobranego zarządu wchodzą: prezes Dr E. F. Fronczak (Buffalo N. Y. 806 Fillmore Avenue), Dr K. Żurawski (Chicago Ill. Reliance Bldg 32 n. State str.), Dr Stan. Borowiak (Buffalo N. Y. Broadway), Dr Edm. P. Koneczny (Detroit Mich. 1335 St. Aubin Ave.).

Sekretarz: Dr B. W. Pasternacki.
(Detroit Mich. 206 Breitmeyer Bldg).

Wrażenia z pobytu na VI Zjeździe międzynarodowym dla elektrologii i radyologii ogólnej i lekarskiej w Pradze Czeskiej w październiku r. 1912.

Napisał

Inż. Alfred Rundo,

laborant pracowni elektrotechnicznej (Dyr. prof. inż. H. Merczyng) przy Instytucie inżynierów komunikacyi Cesarza Aleksandra I w Petersburgu.

(Odczyt wygłoszony w Wydziale przyrodniczym Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu d. 5/18 grudnia 1912 r.).

Wrzesień r. 1912 wypadło mi spędzić w Austryi i na Węgrzech. W czerwcu otrzymałem odezwę komitetu organizacyjnego Zjazdów elektro-radyologicznych, iż zwołany na lipiec Zjazd praski zostaje odłożony na pierwsze dni października. Czyż mogłem przeto oprzeć się pokusie zawitania na ten czas do starożytnego grodu Wacławowego, mając w perspektywie usłyszeć przemowy d'Arsonvala, Curie-Skłodowskiej i Ostwalda, ujrzeć wielkich badaczy współczesnych, Lenarda, Lorentza i Rutherforda?

I jeżeli trochę przestraszał mnie wchodzący w skład Zjazdu element wiedzy lekarskiej, to znów otucha wstępowała we mnie, gdym czytał odezwę komitetu, iż Zjazd ten po raz pierwszy poświęci swą uwagę ogólnym badaniom radu i w zadaniu tem będzie wspierany przez wszystkie uniwersytety i szkoły wyższe Austryi, a w pierwszym rzędzie przez osobny Instytut badania radu, znajdujący się pod berłem Wiedeńskiej Akademii umiejętności. Jednakże Zjazd nie dotrzymał obietnic swego komitetu organizacyjnego i zacieśnił granice swej kompetencyi prawie wyłącznie do zastosowań lekarskich radyo- i elektrologii, a nader ciekawa wycieczka do pracowni Prof. Meyera w Wiedniu zamieniona została, i to prawie w ostatniej chwili, na zwiedzenie Domu zdrojowego w Cieplicach. Okoliczność ta powiązana zresztą była z przyczynami głębszej natury, niż mi się z początku zdawało.

Otóż organizacyi Zjazdu odrazu towarzyszyła niechęć ze strony niemieckich, a nawet niektórych czeskich organizacyi naukowych. Unde ira? Niektórzy członkowie komitetu organizacyjnego utrzymują, iż niechęć ta zrodziła się na tle nacyonalizmu. Praski uniwersytet i technika niemiecka ogłosiły w pismach praskich, iż przyczyną ich wymówienia się od udziału było zwołanie Zjazdu przez sekretarza komitetu organizacyjnego Dra Slavika na r. 1912, t. j. w terminie, uznanym przez Wydział lekarski i filozoficzny w Pradze za nieodpowiedni dla poważnej pracy organizacyjnej. Były prócz tego, być może, i inne przyczyny, gdyż ostatecznie można było stwierdzić zupełne usunięcie się od udziału w kongresie nietylko całego świata naukowego przyrodników i lekarzy niemieckich (Austrya i Niemcy), lecz także nieobecność Anglików.

W każdym razie stała Komisya organizacyjna zjazdów radyologicznych powinnaby w przyszłości dołożyć wszelkich starań, by prywata ze spraw naukowych była całkowicie usunięta i co najważniejsza, by odezwy komitetu jaknajściślej objaśniały ogół o istotnym stanie rzeczy w sprawach, mających tak donosłe i powszechne znaczenie.

Obecny Zjazd był VI z kolei zjazdem, poświęconym nowym względnie gałęziom wiedzy przyrodniczej i lekarskiej. Po pierwszym z nich, zwołanym w r. 1900 w Paryżu staraniem »Towarzystwa elektroterapeutów francuskich«, nastąpiły zjazdy w Bernie, Medyolanie, Amsterdamie i Barcelonie. Organem towarzystwa i zjazdów są wydawane w Lille przez Prof. Doumer »Annales d'electrobiologie et de radiologie«.

Uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się 3 października w Panteonie Muzeum narodowego w obecności namiestnika ks. Thun-Hohenstein, delegatów ministeryalnych z Wiednia, delegacyi urzędowych niektórych państw, towarzystw naukowych i t. d. Mowę inauguracyjną wygłosił prezes komitetu miejscowego, profesor politechniki czeskiej w Pradze, Stoklasa, poczem przemawiał książę Hohenstein i burmistrz Dr Groš.

Prof. Stoklasa za temat swej mowy obrał »Cuda radyologii« i w zwięzłym zarysie przypomniał główniejsze etapy badań, tak niezwykle obfitujących w odkrycia pierwszorzędnej wagi i znaczenia. Rok 1879 dał odkrycie przez Crookesa promieni katodalnych, w ślad za czem szereg badań nad naturą zjawisk, towarzyszących wyładowaniom elektrycznym w środowiskach gazowych, z któremi są związane imiona Hittorfa, Plückera, Goldsteina, a ostatnio Thomsona, Wiena i les Coudres. W r. 1895 odkrył Röntgen, iż poza rurą Crookesa promienie katodalne dają początek powstaniu innych promieni, które to promienie, dziś już dokładnie zbadane, wówczas dla ich zagadkowych własności, między któremi główną przenikanie przez nieprzeźroczyste dla światła ciała, nazwane zostały X-promieniami. Rok 1896 w dziejach radyologii zapisany jest złotemi zgłoskami dzięki odkryciu, które pośrednio doprowadziło do odkrycia radu. Prof. Becquerel zauważył w tym czasie, iż sole uranowe, które przez długi czas były przechowywane w ciemni (w przeciwieństwie do znanych już przed tem zjawisk fosforescencyi i fluorescencyi ciał, poddanych poprzedniej insolacyi), są źródłem niewidzialnych promieni, zdolnych do chemicznego oddziaływania na płytę fotograficzną, zamkniętą w kasecie z cienkiego metalu. Przy zwiększeniu zawartości uranu w owych związkach, odczyn chemiczny potęgował się. Wkrótce potem w r. 1898 Curie-Skłodowska stwierdziła, iż własność ta cechuje nietylko uran i jego związki, ale tor i inne pierwiastki, które otrzymały miano promieniotwórczych. Dalsze badania Curie-Skłodowskiej, do których została użyta t. zw. smolna ruda uranowa (Uranpecherz, Pechblende) dowiodły, że tlenek uranu posiada własności promieniotwórcze w daleko silniejszym stopniu, niż metaliczny uran, praźródło promieni Becquerela. Drogą mozolnych i cierpliwych badań odnalazła Skłodowska owe tajemnicze źródła tej niezwykłej promieniotwórczości joachimstalskiej smoły uranowej w postaci nowych pierwiastków: 1) polonu i 2) radu. Potem nastąpił szereg odkryć nowych promieniotwórczych elementów: 3) radyotelluru przez Marckwalda również z rudy joachimstalskiej; 4) actinium przez Debierna, pokrewnego lanthanowi i identycznego z opisywanym przez Giescha elementem; 5) emanium; 6) radyotoru w szlamie cieplic Baden-Badenu przez Elster i Geitla i nakoniec przez Hoffmana i Straussa; 7) radyo-ołowiu. Wszystkie te ciała przypuszczalnie stanowią nie samodzielne pierwiastki, lecz stany poszczególne transformacyi radu, uosobiającego niejako ideę średniowiecznej alchemii o przemianie ciał.

Prof. Stoklasa wskazał następnie na wpływ promieni Becquerela na sprawy biologiczne, którą to część swej mowy rozwinął następnie dokładniej w oddzielnym referacie i w wykładzie, wygłoszonym podczas zwiedzania stacyi doświadczalnej przy Muzeum rolniczem. Tej samej sprawie był poświęcony referat Prof. Becquerela z Paryża, bratanka znakomitego badacza.

Becquerel junior i Stoklasa podali szereg nowych spostrzeżeń, dopełniających znane badania Dautwitza, Fabrea, Klinga, i Heberta. Wynik spostrzeżeń Becquerela i Stoklasy może być streszczony w zdaniu następującem: O ile działanie większych dawek promieni uranowych jest szkodliwe, a często zabójcze dla ustroju roślinnego, o tyle słabsze dawki ich wywołują silniejszy rozwój tegoż. Największy wpływ w tym kierunku wywierają promienie α i β.

Badania swe prowadził Prof. Stoklasa nad substancyą promieniotwórczą »in crudo« w postaci 1—2 gr. smoły joachimstalskiej, którą umieszczał w doniczkach, jak również nad emanacyą, wydzielaną z szybu Wernera w Joachimstalu, której promieniotwórczość jest bardzo znaczną — wynosi bowiem około 600 jednostek Mache. Pod wpływem wody promieniotwórczej nasiona poczynały kiełkować już po 24—35 godzinach, gdy w zwykłych warunkach kiełkowanie następowało dopiero po 70—80 godzinach. Prof. Stoklasa dopatruje się analogii w biologicznem działaniu ciemnych promieni uranowych, oraz pozafiołkowych. Dla badań co do promieni pozafiołkowych użyto buraków cukrowych, których korzenie trzymano w ciemni w przeciągu 2 miesięcy. Wówczas hodowle buraków podzielono na 3 grupy, z których jedną nadal pozostawiono w ciemni, drugą wystawiono na działanie światła dziennego, trzecią zaś poddano działaniu promieni lampy rtęciowej, t. zw. kwarcowej (AEG. 110 volt, 4 amp., z abażurem — odległość lampy od korzenia 45 cm). Oświetlanie buraków trwało około 14 godzin, każde z osobna. Już po jednej godzinie działania pozafiołkowych promieni dało

się zauważyć zazielenienie się liści, a po 2 godzinach liście silnie się zabarwiły, natomiast te, które nadal pozostawały w ciemni, prawie nie zmieniły swej blado-żółtej barwy. W budowie morfologicznej liści daje się zauważyć również znaczna różnica. Ząbkowanie brzegów liścia, wybitny rozwój nerwów nietylko pierwotnych, lecz i wtórnych, sztywność liści i zdolność zachowania świeżej barwy w wodzie po tygodniu — oto skutki i cechy działania promieni pozafiołkowych. Zaznaczamy, że przy doświadczeniach Prof. Stoklasy lampa miała abażur szklanny, nie przenikliwy dla promieni o długości fali mniejszej niż 300 μμ i przenikliwy dla promieni, których $\lambda = 300—400$ μμ, charakteryzujących promienie pozafiołkowe. Dopiero po 4-godzinnem działaniu promieni pozafiołkowych nastąpiła zmiana zabarwienia komórek naskórka z zielonego na brunatne wskutek zniszczenia protoplazmy nabłonka. Znacznie szybszem jest działanie tych promieni na mykoplazmę bakteryi. Po 10 sekundach bakterye azotowe były zupełnie zniszczone.

Obszerniej, niż to mógł uczynić w mowie inauguracyjnej Prof. Stoklasa, przedstawił istotę promieniotwórczości i jej objawy i zastosowania Prof. Bertolotti z Turynu. Przedewszystkiem zaznaczył Prof. Bertolotti, iż promienie, wysyłane przez rad i jemu pokrewne ciała, są niejednolite i mogą być podzielone na 3 główne grupy α, β i γ.

Promienie α są uważane za materyalne cząsteczki, niosące dodatnie ładunki elektryczne, cząsteczki, obdarzone szybkością 10 razy mniejszą, niż szybkość fal świetlnych. Własność przenikania przez ekrany posiadają w najmniejszym stopniu z wyżej wymienionych grup β i γ. Wystarcza często cienka blaszka metaliczna, arkusz papieru, by zatrzymać w biegu ich pasmo. Wywołując silną fosforescencyę niektórych ciał, działają promienie α bardzo niszcząco na tkanki organiczne, np. naskórek i wywołują silną jonizacyę powietrza. Oddziałują na działanie pola magnetycznego, odchylając się od niego nieznacznie. Promienie β odchylają się daleko silniej i w stronę przeciwną, jako obarczone ładunkami elektryczności ujemnej, pędzą w przestrzeni z olbrzymią szybkością, równą szybkości światła i w daleko większym stopniu przenikają przez metale; 5—10 mm gruba blacha ołowiana nie stanowi dla nich przeszkody. Chemiczne i jonizacyjne ich działanie jest słabsze, niż promieni α. Promienie γ są przypuszczalnie nie gradem pocisków materyalnych, jak α i β, lecz drganiami eteru, zbliżonemi do X promieni. Są one obojętne na działanie pola magnetycznego, drgają z szybkością fal świetlnych i przenikają nader łatwo: 10 centymetrów płyty ołowianej nie zdoła ich zatrzymać i przeto nader łatwo przechodzą przez układ kostny i tkanki ciała ludzkiego. Ilość ich w snopie promieni Becquerela jest bardzo nieznaczna — około 1%.

Działanie substancyi promieniotwórczych przejawia się w całym szeregu objawów energetycznych, bądź elektrycznych, jak jonizacya czyli rozszczepianie ładunków elektrycznych gazów, bądź świetlnych, jak fosforescencya ciał promieniotwórczych i zabarwianie stałe ciał obcych, stykających się z niemi, jak np. szkła retort na brunatny lub fioletowy kolor, bądź cieplnych.

Charakteryzując lecznicze własności ciał promieniotwórczych, zwraca Prof. Bertolotti szczególną uwagę na szlam z rudy uranowej powstały, a obfitujący według ostatnich spostrzeżeń w aktyn. Promieniotwórczość szlamu tego jest 50 razy większa od najsilniejszych gatunków szlamu z cieplic; jest ona jednak bardzo nieznaczna w porównaniu z promieniotwórczością uranu, a co za tem idzie, z promieniotwórczością przetworów radowych używanych w lecznictwie. Wyrównywa się to w znacznym stopniu tem, iż szlam posiada powierzchnię czynną daleko większą, niż preparaty solne, zwykle używane.

Czemże jest emanacya, ów wyziew tajemniczy, niewidzialny, właściwy wielu źródłom, z głębi ziemi pochodzącym, znikający szybko, gdy wodą źródła miejsce swego wytrysku opuszcza?

Jestto gaz, ulegający prawu Mariottea, mogący przechodzić z naczynia do naczynia, a nawet dyffundować, zbierający się nad powierzchnią rozczynu, w którym jest zawarty, ciekły przy 150° C, niewidzialny przy przepuszczaniu powietrza przez wodę, w której jest zawarty, wydzielający się z rozczynu, z natury chemicznej bierny, typu argonu, lecz promieniotwórczy w silniejszym stopniu, niż sam nawet rad i wysyłający różnorodne gatunki promieni α, β i γ. Promieniotwórczość emanacyi jest wszakże bardzo niestałą, w przeciągu 4 dni zmniejsza się o połowę. Jednym z bardziej stałych stanów emanacyi jest t. zw. radium D-gazowe. Jej przemianą jest gaz, odkryty przez Lokyera w widmie słonecznej fotosfery, nazwany przez niego helium. Emanacya owa, wysyłana przez ciała promieniotwórcze, jest przyczyną zjawiska t. zw. indukowanej promieniotwórczości, polegającego na tem, iż ciała bierne w zetknięciu z emanacyą same nabierają własności promieniotwórczych.

Jakie są jej własności fizyologiczne? Emanacya pobudza przemianę materyi, wywołuje zwiększenie się ilości hemoglobiny i ciałek czerwonych, lekkie zmniejszenie się białych, zwiększa zużycie tlenu i wydzielanie się z ustroju kwasu węglowego. Nader ciekawy jest jej stosunek do kwasu moczowego. Badania Hisa i Gutzenta stwierdziły, iż kwas ten staje się bardziej rozpuszczalnym we krwi, zmieniając jedną z form izomerycznych moczanu jednosodowego na drugą, niestałą i rozpuszczalną. Stąd ów dobroczynny wpływ emanacyi na przebieg leczenia dny, stwierdzony przez wybitnych klinicystów (His, Nobels i Haret). O ile jednak prawie wszyscy badacze zgadzają się co do leczniczego znaczenia emanacyi radowej, o tyle niema zgodności poglądów na mechanizm jej działania. Jedni przypisują to wchłanianiu emanacyi, przedostającej się do ustroju przez płuca, inni twierdzą, że nie wyłączone jest przenikanie emanacyi przez pory skóry, lub t. zw. działanie diadermiczne. Szkoła niemiecka jest przeciwną teoryi działania diadermicznego, Bertolotti broni jej i, zgodnie z nią, buduje emanatoryum połączone z wanną świetlną przy ciepłocie około 35°, licząc na zwiększenie działania przy silniejszej transpiracyi skóry.

Jedną z najnowszych postaci radyoterapii, której rozpatrzeniu Zjazd poświęcił dzień obrad, stanowi wprowadzenie właściwie w głąb tkanek ustroju substancyi radowej zapomocą elektrolizy, czyli t. zw. radium-jono-terapia. W 1909 r. Schnée podał pierwszy zarys tej metody i wkrótce Kohlrausch i Mayer wykazali obecność emanacyi w moczu chorych, którzy brali wanny hydro-elektryczne z wodą, nasyconą gazem promieniotwórczym. W r. 1911 doświadczenia Fabrea wykazały przenikanie diadermiczne emanacyi radowej, pochodzącej nie z wody, lecz ze szlamu, obfitującego w aktyn, przy elektrolizie owego szlamu zapomocą prądu galwanicznego.

Na Zjeździe podał Prof. Bertolotti bardzo ciekawe spostrzeżenie przy zastosowaniu do radium-jono-terapii błot leczniczych, obfitujących w aktyn, mianowicie, iż szybszy skutek otrzymuje się przy połączeniu z kąpielą borowinową bieguna ujemnego, lecz silniejszy (funkcya ilości jonów) przy temże połączeniu bieguna dodatniego.

Wyczerpujący zarys zastosowań emanacyi radowej dla celów leczniczych w Czechach podał Dr Pelc. Z referatu jego dowiadujemy się, iż górnicy ze św. Jachymowa od niepamiętnych czasów znali leczniczą wartość uranowej rudy smolnej i używali jej w postaci okładów przy bólach gośćcowych i nerwowych. Prof. Neusser pierwszy w r. 1905 zastosował emanacyę z rudy uranowej, zaszytej w worek (na 5 klgr.), pogrążony w zwykłą wodę, do leczenia wewnętrznego i kąpieli. W ślad za nim Gotlieb z św. Jachymowa użył bezpośrednio wody z szybu Eliasza, położonego o 5 klm od Jachimowa, zmieszanej z ogrzaną wodą, do kąpieli i podawania wewnętrznego z pomyślnym, jak podaje, wynikiem. Wkrótce potem przedsięwzięto badania promieniotwórczości źródeł w Cieplicach Czeskich i w r. 1909 przy kąpielach miejskich urządzono wziewalnię dla wody ze źródła o ciepł. 48—50° C. Po 2½-godzinnem zraszaniu ścian wziewalni promieniotwórczość emanacyi stanowiła 5 JM na litr powietrza. Prof. Paessler na zasadzie spostrzeżeń klinicznych wywnioskował, że leczenie da się przeprowadzić bez kąpieli, drogą wdychania emanacyi radowej, z tejże wody pochodzącej. W r. 1911 wobec pomyślnych wyników na małą skalę osiągniętych, zbudowane zostało suche emanatoryum, objętości 130 m³, według projektu Dr Löwentala z Brunświku. Woda pędzona jest ze źródła Steinquelle, zawartość radu 18—25 jednostek Mache, zawartość tegoż w emanatoryum 4—5 JM. na litr powietrza. Inhalacya trwa około 2 godzin, wilgotność powietrza w emanatoryum wynosi około 70%. Wyniki leczenia gośćca, artrytyzmu i nerwobolów w r. 1911 były nader pomyślne: z 1146 chorych — 943 wyleczeń, 92 polepszeń, 10% bez zmiany. W roku zeszłym ministeryum robót publicznych ukończyło budowę państwowego sanatoryum radyoterapeutycznego w Jachymowie; jako źródła używa się tam wody z szybów uranowych miejscowych o olbrzymiej promieniotwórczości, równej 600 jednostkom Mache. Woda w Gastein (Grabenackerquelle) posiada tylko 155 jednostek Mache.

Z nader ciekawego odczytu radcy górniczego Stepa z Jachymowa dowiedzieliśmy się, iż ruda uranowa w okolicy Jachymowa znajduje się w takich pokładach, których główną częścią składową jest łupek, lub też na granicy warstw łupku i porfirów, zawsze wszelako w obecności kwarcu i brunatnego dolomitu, przyczem zachowuje się kolejność uwarstwowień: kwarc, ruda uranowa, dolomity. Rudę uranową napotyka się bądź to

w postaci cienkich żył, bądź to w postaci gniazd, (nieznacznej grubości, rzadko ponad decymetr; bryły ważące około 50 kg można napotkać bardzo rzadko). W szybach Jachymowa znajduje się wielka rozmaitość związków uranowych, atoli tylko związki tlenowe, stanowiące treść smoły uranowej, inaczej zwanej czarną smołą (Pechblende lub Uranit), są przedmiotem eksploatacyi górniczej. Smołę tę w szybach Jachymowa otrzymuje się w postaci niekrystalicznej, aczkolwiek znane są jej krystaliczne odmiany, pochodzące z kopalni Szwecyi i Afryki. Kopalnie w Jachymowie były zrazu kopalniami srebra, dopiero w r. 1856 część huty srebrnej przekształcono na fabrykę farb uranowych, używanych przy fabrykacyi kolorowego szkła i ceramiki. Od r. 1900 produkcyi srebra wskutek wyczerpania kopalń zaniechano i działalność huty całkowicie skierowano do fabrykacyi farb uranowych, oraz preparatów radu. Proces chemiczny, zapomocą którego ze smoły uranowej otrzymuje się związki promieniotwórcze radu i polonu, radyotelluru i t. d., jest bardzo mozolny. Owoce produkcyi są niezmiernie małe: 2000 kg (2 tonny) rudy uranowej dają 4 miligramy związku promieniotwórczego, t. j. z 500 milionów części biernych, 1 część promieniotwórczą. Cena 1 mg. radu wynosi około 400 koron, czyli 150 rb. Sprzedaż jest upaństwowiona; skupia się w Dyrekcyi Zarządu górniczego w Jachymowie.

Z dziedziny rentgenologii zasługiwał na uwagę referat Dr Schnée z Frankfurtu o obecnym stanie techniki rentgenografii momentalnej i jej zastosowań do celów rozpoznawczych. Wykład objaśniono zdjęciami, które można nazwać rentgeno-kinematograficznemi, zapomocą przyrządu Inż. Dessauera. Przyrząd ten daje nader wyraźny obraz na płycie fotograficznej przy ekspozycyi trwającej nie dłużej nad 1/300 sekundy.

W przyrządach tego rodzaju zadanie konstruktora polega na tem, by przy jednokrotnem otwarciu obwodu pierwotnego dać impuls, wystarczający dla osiągnięcia silnego świetlnego zjawiska w rurze Roentgena. Dzięki oryginalnej konstrukcyi przerywacza, zanurzonego w wannie rtęciowej, gaszącego w jednej chwili iskrę samoindukcyjnego prądu, która działa zwalniająco na przerywanie prądu głównego, osiąga się wynik znakomity. Zbyteczna dodawać, iż prądy wtórne tego porządku wielkości nie mogą być mierzone zapomocą zwykłych miliampermetrów i wymagają osobnych balistycznych przyrządów. Dr Schnée pokazywał zdjęcia serca i narządów trawienia.

Uzupełnieniem niejako wykładu Dr Schnée i stwierdzeniem rozpoznawczej wartości zdjęć błyskawicznych i wogóle skiagramów były referaty Dra Sterna (Wiedeń) i Prof. Bertolottiego (Turyn), z których pierwszy przedstawił rentgenografię narządu głosowego, drugi zaś mówił o zmianach objętości serca przy wysiłku i pracy w stanie prawidłowym i chorobowym.

Drugi dzień swych rozpraw poświęcił Zjazd leczniczemu zastosowaniu prądów d'Arsonvala. Prof. Doumer z Lille miał wykład o doniosłej wartości tego środka leczniczego w chorobach serca. Prądy o wysokiej frekwencyi znalazły zastosowanie lecznicze w 2 swych odmianach: 1) jako prądy d'Arsonvala właściwe i 2) w postaci prądów o wysokiej frekwencyi i wysokiem napięciu, otrzymywanych zapomocą dodania do schematu poprzedniego resonatora Oudina, wywołującego t. zw. »effluves de résonance«. Wpływ fizyologiczny na działalność serca i narządu krwionośnego obydwóch rodzajów prądów jest wprost przeciwny: prądy d'Arsonvala w swej pierwotnej postaci lub, jak je czasami nazywają, prądy autokondukcyjne, wywołują zmniejszenie ciśnienia tętniczego, natomiast prądy Oudina zwiększają je. Stąd zastosowanie metody pierwszej w cierpieniach układu tętniczego (hypertensio, a nawet sclerosis), drugiej w cierpieniach, powstałych na tle hypotensyi, jak np. niektóre formy neurastenii.

Cały szereg lekarzy podał na Zjeździe swoje korzystne spostrzeżenia, tyczące się wyników zastosowania prądów d'Arsonvala w chorobach serca, stwardnieniu tętnic, cierpieniach usznych na tle stwardnienia powstałych i t. d. »Habent sua fata« nietylko książki, lecz i wynalazki i nowe metody badania. Metoda d'Arsonvala w zastosowaniu do cierpień układu krwionośnego doczekała się przychylnej atmosfery Zjazdu elektrologów po burzach Zjazdu fizyoterapeutów w Liège i Rzymie (1904 i 1907 r.). Gdyż, jakem się dowiedział z notatki historycznej, skreślonej przez sekretarza Zjazdu Dra Slawika, była ta sprawa jedną z przyczyn, która wkrótce po zawiązaniu się stowarzyszenia francuskich elektroterapeutów sprowadziła rozłam ich szeregów i wystąpienie t. zw. fizyoterapeutów z Prof. Bergonié na czele. Zjazdy w Liège i Rzymie były widownią bardzo burzliwych rozpraw, które doprowadziły w Rzymie do wyrzeczenia się metody Moutier przez zwolenników Prof. Bergonié i Hucharda i ogłoszenia prądów »de haute fréquence« za prądy »de haute réclame«. Nie uzbrojony w wiedzę specyalną, nie mogłem oczywiście iść dalej w kierunku wyjaśnienia tej sprawy; zapisałem sobie tylko tę wiązankę faktów w swym karnecie sprawozdawczym. Zapisałem sobie również, że Prof. Doumer jest nietylko lekarzem, lecz i elektrotechnikiem-konstruktorem, podał bowiem sposób i przyrząd do pomiarów siły pola magnetycznego oscylującego. Prof. Doumer i jego uczniowie są zwolennikami pomiaru i liczby przy badaniu ciśnienia tętniczego zapomocą sfigmomanometrów. Wogóle odniosłem wrażenie, że w niezliczonym szeregu metod leczniczych ta jest niegorszą od innych i przy jej stosowaniu nie zaniedbano czynności, kontrolujących przebieg doświadczenia.

Oto jest garść notatek, zebranych przez turystę, który zrządzeniem losu znalazł się na wiecu eskulapów; i jeśli mało było w tem jego winy, to stokroć więcej zawinił on wobec czytelników, zniewalając ich do przejrzenia opowiadania o tym wypadku.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo »Bratniej pomocy medyków Uniw. Jagiell.« miało w r. 1912/13 członków 303, majątku 9029 kor. (w ciągu 5 lat istnienia Towarzystwa wzrósł jego majątek pięciokrotnie), obrotu kasowego 16106 kor.; udzieliło 248 pożyczek w kwocie ogólnej 6165 kor. 107 swoim członkom, a zamknęło rachunki nadwyżką 1446 kor. Podjęto starania o złączenie obu istniejących obecnie stowarzyszeń słuchaczy medycyny, t. j. »Bratniej pomocy« i »Biblioteki« — w jedno, co byłoby nader po-

żądane; sprawa ta jednakże nie została jeszcze załatwiona. Prezesem »Bratniej Pomocy« był w r. 1912/13 p. Szancenbach, kuratorem — prof. Dr Kostanecki. Na rok 1913/4 obrany został prezesem p. Ziemnowicz.

— W Zakopanem otwarty został drugi »Dom zdrowia« dla młodzieży, pod nazwą »Odrodzenie«, umieszczony w willi Słonecznej pod Gubałówką.

— Wydział krajowy przy przedłożeniu Sejmowi preliminarza budżetu na r. 1914 porusza myśl częściowego zwrotu kosztów leczenia szpitalnego chorych niezamożnych, a to od gmin, do których chorzy ci należą.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. XI. do 22. XI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 1 (obcych 4 † —), krztuśca 3 † 1 (— † —), ospy wietrznej 2, płonicy 11 † 2 (1 † —), odry 34 † — (— † —), duru brzusznego 2 † — (6 † —), czerwonki 3 † 1, gorączki połogowej (1 † 1). Dr Janiszewski.

Łódź. Bezimienna ofiarodawczyni złożyła chrześcijańskiemu Towarzystwu dobroczynności w Łodzi 20.000 rb. na kupno radu dla celów leczniczych.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. XI. do 24. XI. 1913 przypadków: ospy 2 † —, płonicy 3 † 3, duru wysypkowego 1. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr józef Grynfeltt, profesor honorowy w Montpellier, były chirurg naczelny w »Maternité«; zmarły, syn wychodźcy z r. 1831, był gorącym Polakiem.

Redakcya otrzymała: Neugebauer: 1) Z kazuistyki niezwykłej płodności kobiety. (»Med. i Kron. lek. 1913). 2) Przypadek »missed labour« (»Gaz. lek.« 1913). 3) Przypadek porodu 5 lat po operacyjnem wyleczeniu wynicowania macicy (»Nowiny lek.« 1913). — 4) 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. 5—8) Bericht über die polnische geburtshilflich-gynaekologische Literatur (za lata 1909—1912). (»Gynaek. Rundschau« 1910—1913).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 10. grudnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu na rok 1914.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan Frączkiewicz: **Spostrzeżenia nad »algokratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą algokratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{25}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi, podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawano w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis), zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te, z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki, używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antypiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie, jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »algokratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z układu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »algokratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze, bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Zbierając w krótkości działanie »algokratyny« w powyżej podanych przypadkach, orzec można, że:

1) Algokratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w przypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algokratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem, i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybszy i trwalszy odnosi skutek. 126